

# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 《抗悪性腫瘍薬》

《注意!!》このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせや疑義照会は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。 報告日: 年 月 日

診療科	保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX				
処方医					
ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small>					
ふりがな					
患者氏名	FAX ( ) -		担当薬剤師		
	☎ ( ) -				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	

※ この情報を伝えることに対して、患者さんから同意を  取得しました。  
 取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。

医療機関からの情報提供に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。下記の通り、ご報告する事項がございますのでご高配を賜りますようお願い申し上げます。

聴取日	年 月 日 ( )	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時)	<input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時		
処方箋発行年月日	年 月 日 ( )	次回来院診察予約	年 月 日 ( )		
レジメン名 No. 薬剤名					

↓該当項目に[✓]	※ Grade 2 以上の主な症状	具体的な症状
<input type="checkbox"/> 嘔吐	3~5回/日 吐く (5分間以上間隔が空いたものを1エピソード)	
<input type="checkbox"/> 口内炎	経口摂取に支障のない 中等度の疼痛/潰瘍 食事の変更を要する	
<input type="checkbox"/> 下痢	普段より4~6回/日 多い 人工肛門からの排泄量が中等度増加	
<input type="checkbox"/> 便秘	緩下剤、浣腸の定期使用	
<input type="checkbox"/> 食欲不振	食欲低下を感じ、食事摂取量が減った	
<input type="checkbox"/> 倦怠感	いつもだるさはあるが、日常生活はできる	
<input type="checkbox"/> 手足症候群	疼痛を伴う皮膚の変化(角質剥離、出血、亀裂) 身の回り以外の日常生活制限	
<input type="checkbox"/> 皮疹	体表面積>10% を占める 斑状疹/丘疹/膿疱	
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	しびれを感じるが、日常生活はできる [部位: 手・足]	
<input type="checkbox"/> 呼吸困難	ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる(軽度労作の息切れ)	
<input type="checkbox"/> 浮腫	朝も改善しないむくみがある 体積or周長の差が>10-30%	
<input type="checkbox"/> 高血圧	SBP:140~159 or DBP:90~99 mmHg 再発 又は 持続性	

病院側への情報提供 (上記副作用より保険薬局からの提案、次回診察への情報提供)

---

服薬状況 (服薬不遵守、副作用による残薬状況)

---

その他

---

## 【病院記入 返信欄 (病院 → 薬局)】

- 報告内容を確認致しました。(報告、提案内容を医師へ伝達いたしました)
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察致します
- 次回から提案通りの内容に変更致します。  要緊急対応(副作用の診察診断、処置、判断が必要)

回答日	年 月 日
薬剤師	

(具体的に記載)