

保険薬局 → 岩手医科大学附属病院薬剤部 医薬品情報管理室(FAX:019-907-2721) → 電子カルテで処方医師へ情報伝達

抗がん剤用 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

**<注意> このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り処方医師へ電話にてお願いします。**

処方年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 処方医師 _____ 科 _____ 先生

処方医療機関 岩手医科大学附属病院(矢巾)

患者名:	患者ID	保険薬局 名称・住所	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を希望していませんが、治療上重要 と考えられるため報告いたします。		TEL:	FAX:
		担当薬剤師:	
処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。			
分類	<input type="checkbox"/> 報告事項	<input type="checkbox"/> 提案事項	
情報の 内容	<input type="checkbox"/> 薬剤指導の内容	<input type="checkbox"/> OTCや健康食品に関する相談	
	<input type="checkbox"/> アドヒアランスの状況	<input type="checkbox"/> 副作用モニタリング	
	<input type="checkbox"/> 自己注射や吸入器等の手技確認	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する提案	()	

レジメン(抗がん剤):

詳細は別紙をご参照ください。

病院記入欄

受領日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

対応薬剤師: _____

服薬情報提供書を電子カルテ上で報告させていただきました。

その他の対応

備考欄

抗がん剤用 服薬情報提供書(トレーシングレポート) 別紙

患者名:	
患者ID:	副作用を聴取した日:

副作用モニタリング(有害事象共通用語規準 CTCAE v5.0、一部改変、Grade3を超える場合もあります)
 症状の確認を実施していないものは空欄、該当するものには☑をつけてください。

Grade	0	1	2	3
有害事象	症状がない	治療を必要としない	身の回り以外の日常生活動作の制限	入院を要する 身の回りの日常生活動作の制限
悪心	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分;経管栄養/TPN/入院を要する
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状;治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍;食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛;経口摂取に支障がある
下痢	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 普段より1~3回/日多い	<input type="checkbox"/> 普段より4~6回/日多い	<input type="checkbox"/> 普段より7回以上/日多い
便秘	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 緩下剤、浣腸を不定期使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤、浣腸を定期使用	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす頑固な便秘
手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群)	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない;社会心理学的な影響を伴う	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、中等度または高度の症状を伴う
末梢神経障害(末梢性感覚ニューロパチー)	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> (ほとんど)症状がない	<input type="checkbox"/> 中等度の症状;身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れ	<input type="checkbox"/> 極めて軽度の労作に伴う息切れ	<input type="checkbox"/> 安静時の息切れ
倦怠感	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

からだの痛み	確認した内容(疼痛の部位や程度など)
--------	--------------------

発熱(37.5℃以上)	確認した内容(発熱・解熱した時期や随伴症状など)
-------------	--------------------------

薬剤師からの報告事項(薬剤指導内容、副作用モニタリングの結果などを記載してください)

薬剤師からの提案事項(必要に応じて記載してください)