



FAX 送信先

塩竈市立病院薬剤部 宛
FAX: 022-364-1215

がん化学療法
に関する情報提供専用

<当院からのお願い>

この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。
疑義照会がある場合や、緊急性を要する情報提供については、当院へ直接問い合わせをお願いいたします。

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日： 年 月 日	保険薬局情報 (名称・住所・TEL・FAX 等)
担当医： 科 医師殿	
患者 ID:	
患者氏名： (生年月日： 年 月 日)	
この情報を担当医へ伝えることに対し、患者の同意を (<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない)	
<input type="checkbox"/> 同意を得ていないが、治療上必要と考えられるため情報提供致します。	

レジメン名 又は 抗がん剤名 :

副作用情報 (該当する症状に をし、可能な限り CTCAE 最新版に基づくグレード評価を記載して下さい)

<input type="checkbox"/> 悪心 ()	<input type="checkbox"/> 発熱 ()	<input type="checkbox"/> 動悸 ()
<input type="checkbox"/> 嘔吐 ()	<input type="checkbox"/> 便秘 ()	<input type="checkbox"/> 流涙・眼障害 ()
<input type="checkbox"/> 下痢 ()	<input type="checkbox"/> 倦怠感 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧 ()
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 ()	<input type="checkbox"/> 味覚不全 ()	<input type="checkbox"/> めまい ()
<input type="checkbox"/> 食欲不振 ()	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 ()	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 疲労 ()	<input type="checkbox"/> 出血症状 ()
<input type="checkbox"/> 神経系障害 ()	<input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 ()
<input type="checkbox"/> 皮膚障害 ()	<input type="checkbox"/> 浮腫 ()

<詳細>

服薬状況	栄養状況	身体機能・精神的状況の変化
<input type="checkbox"/> 服用忘れ ()	<input type="checkbox"/> 食事量の減少 ()	<input type="checkbox"/> 自力歩行の制限 ()
<input type="checkbox"/> 服用間違い ()	<input type="checkbox"/> 体重の減少 ()	<input type="checkbox"/> 認知障害 ()
<input type="checkbox"/> 服用困難 ()		<input type="checkbox"/> うつ状態 ()

<詳細・その他報告事項>

当院記載欄