

送り先：国立国府台医療センター

FAX:047-375-4746

(保険薬局→病院)

【特定薬剤管理指導加算2】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

患者ID：	保険薬局（名称・所在地）：
患者名：様	
診療科：	
サポート日：年 月 日	電話番号：
(サイクル目 day)	FAX番号：
聴取した相手： 本人・家族・その他()	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を ☐ 得ました。 ☐ 得ていません。 ☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。	

副作用評価の対象抗がん薬またはレジメン名： _____

レジメンに該当する副作用について、副作用確認表をもとに評価を行い、該当する項目にチェックをお願いします。

このレジメンで特に注意が必要な副作用の項目には番号に○が付いています。

副作用症状の確認は、投与日から 1週間後 ・ 2週間後 ・ () に実施してください。

副作用症状		Grade		
		1	2	3
1	悪心	☐	☐	☐
2	嘔吐	☐	☐	☐
3	便秘	☐	☐	☐
4	下痢	☐	☐	☐
5	口腔粘膜炎	☐	☐	☐
6	食欲不振	☐	☐	☐
7	味覚異常	☐	☐	☐
8	末梢神経障害※1	☐	☐	☐
9	筋肉痛	☐	☐	☐
10	疼痛	☐	☐	☐
11	爪囲炎	☐	☐	☐
12	皮疹※2	☐	☐	☐

副作用症状		Grade		
		1	2	3
13	手足症候群※2	☐	☐	☐
14	浮腫※3	☐	☐	☐
15	動悸	☐	☐	☐
16	高血圧	☐	☐	☐
17	鼻出血	☐	☐	☐
18	倦怠感	☐	☐	☐
19	呼吸困難	☐	☐	☐
20	咳嗽	☐	☐	☐
21	眼障害※5 ()	☐	☐	☐
22	()	☐	☐	☐
23	()	☐	☐	☐
24	()	☐	☐	☐

栄養状況	
☐	食事量の変化 (増加・減少)
☐	体重の変化 ____kg (増加・減少)

内服抗がん薬の服薬状況	
☐	おおむね飲んでいる
☐	ときどき飲み忘れる
☐	飲み忘れることが多い
☐	ほとんど飲んでいない
☐	飲み間違いがある
☐	飲み忘れ・飲み間違いについて指導を行いました

※1 末梢性運動・感覚ニューロパチー

※2 ざ瘡様皮疹、斑状丘疹状皮疹

※3 手掌・足底発赤知覚不全症候群

※4 顔面浮腫、四肢浮腫、体幹浮腫、頸部浮腫

<薬剤師からの提案事項・その他報告事項>

<注意>このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは電話にてお願いします。