

## 外来化学療法に関する情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日            年    月    日

堺市立総合医療センター  先生御侍史	保険薬局名称・住所
患者氏名	TEL :
患者ID	FAX :
生年月日	担当薬剤師 :
この情報を伝えることに対して患者さんから同意を	
<input type="checkbox"/> 取得しました。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられるため報告します。	

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、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

聞き取り日	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"/> 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	
次回当該科診察日	年    月    日		
治療薬 (レジメン名・薬剤名)			

【服薬状況 (服薬不遵守、副作用による残薬情報など)】

【副作用評価】

主な副作用	発現の有無		発現時期	詳細
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
疼痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
皮膚の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
爪の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
しびれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
味覚の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

【その他】

【提案 (上記に対する保険薬局からの提案等)】

< 注意 > このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

なお、緊急性のある問い合わせや疑義照会につきましては、従来通り直接各診療科へご連絡ください。