



FAX 送信先

東京都健康長寿医療センター薬剤科 外来化学療法担当者宛  
FAX:03-3964-1609 (薬剤科直通)  
受付時間： 9:00～16:00 (土日祝日、年末年始を除く)

がん化学療法  
に関する情報提供専用

<当センターからのお願い>

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、電話にて担当医師へ直接問い合わせを  
お願い致します。

# 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	担当薬剤師氏名： 印
患者 ID:	
患者氏名： (生年月日： )	

この情報を担当医へ伝えることに對し、患者の同意を (  得た  得ていない )  
 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"/> 発熱 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 倦怠感 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 高血圧 (1 2 3 4)
<input type="checkbox"/> 悪心嘔吐 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 味覚不全 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> めまい (1 2 3 4)
<input type="checkbox"/> 食欲不振 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 口渇・多飲・多尿
<input type="checkbox"/> 神経系障害 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 出血症状 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 (1 2 3 4)	.....
<input type="checkbox"/> 静脈炎 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 浮腫 (1 2 3 4)	.....
<input type="checkbox"/> 皮膚・爪障害 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 動悸 (1 2 3 4)	.....
<input type="checkbox"/> 下痢・便秘 (1 2 3 4)	<input type="checkbox"/> 流涙・眼障害 (1 2 3 4)	.....

<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>

## 返信欄 (以下は記入しないで下さい)

報告内容確認 →  関連部署へ伝達済 →  対応有無確認 (  次回から対応検討  経過観察 ) →  返信

その他薬局側への情報提供 返答日： 月 日 対応薬剤師：