



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   | 担当薬剤師氏名： 印               |
| 患者 ID:   |                          |
| 患者氏名：<br>(生年月日： 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 ( <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない )<br><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"/> 発熱 ( )     | <input type="checkbox"/> 皮膚・爪障害 ( ) | <input type="checkbox"/> 出血 ( )    |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 ( )  | <input type="checkbox"/> 血管炎 ( )    | <input type="checkbox"/> 全身性浮腫 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 ( )   | <input type="checkbox"/> 下痢 ( )     | <input type="checkbox"/> 眼障害 ( )   |
| <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 ( ) | <input type="checkbox"/> 便秘 ( )     | <input type="checkbox"/> 高血圧 ( )   |
| <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 ( )  | <input type="checkbox"/> 倦怠感 ( )    | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| <input type="checkbox"/> 脱毛症 ( )    | <input type="checkbox"/> 味覚不全 ( )   |                                    |

| 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：