



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： (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) <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> 報告内容確認 → <input type="checkbox"/> 関連部署へ伝達済 → <input type="checkbox"/> 対応有無確認 (<input type="checkbox"/> 次回から対応検討 <input type="checkbox"/> 経過観察) → <input type="checkbox"/> 返信		
その他薬局側への情報提供	返答日： 月 日	対応薬剤師：