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**

がん化学療法に関する情報提供専用

**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）

**＜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）  担当薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当医：　　　　　　科　　　　　　　　医師殿 |
| 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対し、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） | | |
| 発熱　　　　　　　(　　)  　悪心・嘔吐 　　(　　)  　食欲不振　　　　　(　　)  　末梢神経障害　　　(　　)  　口腔粘膜炎　　　　(　　)  　脱毛症　　　　　　(　　) | 皮膚・爪障害　　　(　　)  　血管炎　　　　　　(　　)  　下痢　　　　　　　(　　)  　便秘　　　　　　　(　　)  　倦怠感　　　　　　(　　)  　味覚不全 　　 　(　　) | 出血　　　　　　　(　　)  　全身性浮腫　　　　(　　)  　眼障害　　　　　　(　　)  　高血圧　　　　　　(　　)  　その他 　　　　　(　　) |
| 服薬状況 | 栄養状況 | 身体機能・精神的状況の変化 |
| 服用忘れ　　( )  服用間違い ( )  服用困難　 ( ) | 食事量の減少( )  体重の減少　( ) | 自力歩行の制限( )  認知障害 ( )  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： |