FAX送信先　　**名鉄病院　化学療法担当薬剤師宛**

がん化学療法

に関する情報提供専用

**FAX：052-551-6194** 受付時間：9:00～16:00（土日祝日、年末年始を除く）

〈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

電話にて直接お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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　　　　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　　　　　　　　　先生 御机下 |
| 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　　　　　　　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 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン名　または　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ください） | | |
| グレード評価　　　１　２　３　４ | グレード評価　　　１　２　３　４ | グレード評価　　　１　２　３　４ |
| 嘔吐　　 　　　  悪心　　 　　　  食欲不振　　 　　　  末梢神経障害　　 　　　  口内炎 | 倦怠感　　 　　　  下痢　　 　　　  便秘　　 　　　  ざ瘡様皮疹　　 　　　  手足症候群 | 高血圧　　 　　　  眼障害　　 　　　  浮腫　　 　　　  味覚障害　　 　　　  その他 |
| ＜詳細・指導内容など＞ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬状況 | 栄養状況 |
| 服用忘れ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  服用間違い（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  服用困難（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | 食事量減少（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  体重減少（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　） |
| ＜詳細・指導内容など＞ | |

**返信欄（以下は記入しないでください）**

|  |
| --- |
| 報告内容確認→関連部署へ伝達済→対応有無確認（次回から検討対応　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： |