**＜化学療法専用トレーシングレポート＞**

　　　　　　土谷総合病院　　　　　御中 報告日：　 　年　　月　　日

聴取日：　　　　年　　月　　日

添付資料　□無　□有（　　　枚：この用紙を含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号）TEL：　　　　　　　　/FAX：薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者番号：患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様生年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　 |

（報告内容）

**※ 服薬情報提供書による報告は、疑義照会ではありません。**

**※ 疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、通常通り電話にてお願いします。**

|  |
| --- |
| 服薬状況　□ 良好　　□ 飲み忘れがある［　□ まれ　□ ほぼ毎日　□ その他（　　　　　　　　　）］　　　□ 副作用のためスキップした［　回数：　　　　　　　　　　　　］ |
| Grade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 支持療法の使用状況 |
| 悪心(吐き気) | なし | 食習慣変わらず | 体重/食事量低下 | 食事が摂れない | - |  |
| 嘔吐 | なし | 治療を要さない | 外来治療が必要 | 入院治療が必要 | 緊急処置を要する |  |
| 下痢 | なし | 普段より1-3回/日多い | 普段より4-5回/日多い | 普段より7回/日以上多い | 緊急処置を要する |  |
| 便秘 | なし | 緩下剤等を不定期使用 | 緩下剤・浣腸を定期使用 | 日常生活に支障をきたす | 緊急処置を要する |  |
| 口内炎 | なし | 治療を要さない | 痛みあり食事は摂れる | 痛みで食事が摂れない | 緊急処置を要する |  |
| 味覚異常 | なし | 食生活変化なし | 食生活変化あり | - | - |  |
| 末梢神経障害 | なし | 日常生活に支障なし | 身の回りの動作に制限あり | 日常生活支障あり | 緊急処置を要する |  |
| 手足症候群 | なし | 疼痛なし、紅斑・浮腫などの変化あり | 疼痛あり、角質剥離・水疱・出血などあり | より強い疼痛日常生活支障あり | - |  |
| 倦怠感 | なし | 日常生活に支障なし | 日常生活以外の動作に制限あり | 日常生活支障あり | - |  |
| その他副作用/情報提供・提案など |

|  |
| --- |
| 《医療機関記入欄》 情報提供ありがとうございます。□報告内容を確認し、処方医へ報告しました。□次回より提案に沿った内容に変更します。□提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 □その他医療機関名： あかね会　土谷総合病院 診療補助部　薬局 ＦＡＸ番号：　082-243-9211　返信日：　　　　年　　　月　　　日　　　記 入 者：　　　　　　　　　　 |