

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

（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

F A X 番号： 082-243-9211

返信日： 年 月 日 記 入 者：