社会医療法人仁愛会　浦添総合病院　薬剤部　FAX：098-875-7197

報告日：　　　年　　　月　　　日

**抗がん剤専用トレーシングレポート**

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日： | 薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師名 |
| 処方医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 |
|
| 患者ID　 ： 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 生年月日： |
|
|

**下記を報告します。**

**※該当する項目に✓を記載してください**

・対応場面 　□薬剤交付時　　□患者から薬局へ連絡 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

・対応相手　 □患者本人　　　□患者家族　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

・患者同意 　□情報提供に関して同意を得た 　 □同意を得てないが、治療上必要と判断し報告

|  |
| --- |
| **治療内容（処方薬/レジメン名）** |
|  |
| **服薬状況** |
| □継続服用できている  □服用できないことがある 　→理由　□飲み忘れ　　□用法用量の理解不足　　□副作用出現のため  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| **副作用発現状況** |
| □副作用なし |
| ■副作用あり　※CTCAE Ver 5.0を用いて評価  　　　　Grade　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　Grade  □倦怠感　　（　 1　 2　 3 　）　　　　□皮膚症状　　　　　（　 1　 2 　 3 　）  □食欲低下　（　 1　 2　 3 　）　　　　□呼吸困難・息切れ　（　 1　 2　 3 　）  □悪心嘔吐　（　 1　 2　 3 　）　　　　□末梢神経障害　　　（　 1　 2　 3 　）  □下痢　　　（　 1　 2　 3 　）　　　　□味覚障害　　　　　（　 1 　 2　 3 　）  □便秘　　　（　 1　 2　 3 　）　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **備考欄** |
|  |

＜注意＞緊急性のある情報は処方医へ電話にて報告をお願いします。

上記内容ご記入後　FAX：098-875-7197　薬剤部宛てに送信ください。