

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

<input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 服用できないことがある →理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> 副作用出現のため <input type="checkbox"/> その他 ()

副作用発現状況

<input type="checkbox"/> 副作用なし

■副作用あり ※CTCAE Ver 5.0 を用いて評価			
	Grade		Grade
<input type="checkbox"/> 倦怠感	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	(1 2 3)
<input type="checkbox"/> 食欲低下	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難・息切れ	(1 2 3)
<input type="checkbox"/> 悪心嘔吐	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	(1 2 3)
<input type="checkbox"/> 下痢	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 味覚障害	(1 2 3)
<input type="checkbox"/> 便秘	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 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。