



外来がん薬物療法用トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医： _____ 科 _____ 先生 御机下

報告日		保険薬局名	
患者 ID		住所	
患者名		電話番号	
レジメン		FAX 番号	
患者からの同意		担当薬剤師	
<input type="checkbox"/> 患者、家族等より同意を得ました		フォロー方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
<input type="checkbox"/> 患者、家族等より同意を得ていませんが、必要と思われるので報告致します			

コース	日目の報告	副作用の発現： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	発熱： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----	-------	---	---

副作用	Grade	特記事項（簡潔に記載してください）
悪心	Grade	
食欲不振	Grade	
口内炎	Grade	
下痢	Grade	
便秘	Grade	
皮膚障害	Grade	
	Grade	

薬剤師からの報告事項、抗がん剤の服薬状況、支持療法の使用状況等を簡潔に記載してください。

--

運用の流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

医師 確認印	
-----------	--

→ 薬剤部（DI 室）