岩見沢市立総合病院薬剤部　FAX　0126-22-1850

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

岩見沢市立総合病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日

**がん化学療法における服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局名・所在地  薬局TEL  薬局FAX  保険薬剤師名 印 |
| 患者ID  患者名 |
| この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を　　得た　　得ていない  患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 | |

がん化学療法（レジメン名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）に関する薬学的管理を行いました。下記の通りご報告致します。

【副作用の評価】**※　　部分にチェックがある、またはCTCAE副作用Grade3以上で緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・直近（当院受診日以外）における臓器機能の急激な悪化　 　　なし あり（腎機能障害、 肝機能障害）  ・骨髄抑制（当院受診日以外の検査値異常）　　　　　　　　　 　 　なし あり（好中球減少、血小板減少、 ヘモグロビン減少）  ・発熱（38℃以上）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　なし あり  ・感染症様症状（喉の痛み、排尿時痛）　　　　　　　　　　　　　 　　なし あり  ・呼吸困難・息切れ・空咳　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 なし あり  ・浮腫・3日以内に2kg以上の急激な体重増加　　　　　　　　 　　なし あり 体重：（測定日　　　）　　　　　kg→（測定日　　　　）　　　　　kg  ・重篤な出血（吐血・下血・喀血・血尿 等）　　　　　　　　　　　 　　なし あり   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 症状 | | 具体的な症状（症状の強さ、頻度、日常生活への影響など） | Grade＊ | | 下痢 | なし あり |  |  | | 便秘 | なし あり |  |  | | 食欲不振・吐き気 | なし あり |  |  | | 嘔吐 | なし あり |  |  | | 口内炎 | なし あり |  |  | | 末梢神経障害 | なし あり |  |  | | 皮膚の変化 | なし あり |  |  | | 手足症候群 | なし あり |  |  | | 爪囲炎 | なし あり |  |  | | 疲労感 | なし あり |  |  | | 高血圧 | なし あり |  |  | | その他の症状  （irAE含む） |  | | |   ＊CTCAE ver.5.0にて評価 |

【提案事項・その他の報告事項】

|  |
| --- |
| （内服の抗癌剤の場合）服用状況： 継続服用できている 継続服用できていないため、詳細を下記に記載します その他（　　　　　　　　　　　） |

【注意】

・必ず処方箋を一緒にFAXして下さい。

岩見沢市立総合病院薬剤部　　　　　TEL0126-22-1650（内線1142）

2025年9月作成 ver.1.0