FAX：047-399-2422 行徳総合病院 薬剤部　**1枚目**

FAXの流れ：保険薬局 → 当院総務課 → 当院薬剤部 → 電子カルテに反映

IMSグループ　医療法人財団明理会　行徳総合病院　御中　　　　　　　　　　　　報告日：　年　月　日

化学療法施行患者　服薬情報提供書（トレーシングレポート）

診療科：　科　担当医：　先生　御机下

患者名：

患者生年月日：　年　月　日

担当薬剤師名：

[ ] 本患者のかかりつけ薬剤師である

[ ] 本患者のかかりつけ薬剤師ではない

【保険薬局情報】

保健薬局名称：

店舗名：

TEL：　　FAX：

対象者：　[ ] 　本人　[ ] 家族　[ ] 　左記以外

患者または家族への同意：　[ ] あり [ ] なし

* 1枚目には詳細な情報提供内容をご記入いただき、2枚目には詳細な評価内容をご記入いただきたく思います。ご協力のほど宜しくお願いいたします。
* 1枚目の記載のみで報告内容を満たせる場合、2枚目の送信は必要ありません。2枚目の項目に報告事項がある場合にご使用ください。

[ ] 　投薬時　[ ] 　薬局から患者への連絡時　[ ] 　患者から薬局への連絡時

|  |
| --- |
| 【情報提供事項】[ ] 　服薬状況　[ ] 　有害事象疑い　[ ] 　服薬指導内容　[ ] 　残薬報告　[ ] 　検査値に基づく変更等の検討[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案・報告事項】 |

FAXによる情報提供は，疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は，通常通り電話(代表：047-395-1151)までお願いいたします。

FAX：047-399-2422 行徳総合病院 薬剤部　**2枚目**

FAXの流れ：保険薬局 → 当院総務課 → 当院薬剤部 → 電子カルテに反映

IMSグループ　医療法人財団明理会　行徳総合病院　御中　　　　　　　　　　　　報告日：　年　月　日

化学療法施行患者　服薬情報提供書（トレーシングレポート）

**他院かかりつけ病院の処方**　[ ] あり[ ] なし　→　ありの場合は、お手数ですが本書とは別にFAXにて情報提供をお願いいたします

**アドヒアランス**　[ ] 良好 [ ] 不良　→　（飲み忘れ回数　　回　その他：　　　　　　　　　　　　　　　）

以下の症状の中で、あてはまるものにチェックをいれ、詳細な内容が記入できる場合は、備考欄に自由記入でご記入ください。評価項目の空欄は追加で評価項目を記入したい場合にご使用ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **評価項目** | **症状** | **Grade※2** | **症状発現時期** | **備考** |
| **発熱** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **食欲不振** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **嘔気・嘔吐** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **下痢** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **便秘** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **全身倦怠感** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **口内炎** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **末梢神経障害** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **浮腫** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **顎骨壊死** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **肺炎症状** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **皮膚障害** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
| **疼痛※1** |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
|  |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
|  |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |
|  |  |  | 月 日 ～ 月 日 |  |

※1　当院での疼痛評価はNRSを使用しています。

※2　グレード評価は CTCAE ver5.0 に基づいて行っています。

FAXによる情報提供は，疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は，通常通り電話(代表：047-395-1151)までお願いいたします。