

送り先：西埼玉中央病院病院

FAX:04-2947-5921

(保険薬局→薬剤部→担当医)

【特定薬剤管理指導加算2】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

患者ID：	保険薬局（名称・所在地）：
患者名：様	
診療科：科	
サポート日：年 月 日	電話番号：
(サイクル目 day)	FAX番号：
聴取した相手： 本人・家族・その他()	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を ☐ 得ました。 ☐ 得ていません。 ☐ 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します。	

副作用評価を行った抗がん薬、またはレジメン名：_____

副作用評価について、副作用確認表をもとに評価を行い、該当する項目にチェックをお願いします。

特に注意が必要な副作用は外来がん薬物療法で使用する抗がん薬の主な副作用より○をつけて評価してください。

副作用症状		Grade		
		1	2	3
1	悪心	☐	☐	☐
2	嘔吐	☐	☐	☐
3	便秘	☐	☐	☐
4	下痢	☐	☐	☐
5	口腔粘膜炎	☐	☐	☐
6	食欲不振	☐	☐	☐
7	味覚異常	☐	☐	☐
8	末梢神経障害※1	☐	☐	☐
9	筋肉痛	☐	☐	☐
10	疼痛	☐	☐	☐
11	爪囲炎	☐	☐	☐
12	ざ瘡様皮疹	☐	☐	☐

副作用症状		Grade		
		1	2	3
13	手足症候群※2	☐	☐	☐
14	浮腫※3	☐	☐	☐
15	動悸	☐	☐	☐
16	高血圧	☐	☐	☐
17	鼻出血	☐	☐	☐
18	倦怠感	☐	☐	☐
19	呼吸困難	☐	☐	☐
20	咳嗽	☐	☐	☐
21	流涙	☐	☐	☐
22	口内乾燥	☐	☐	☐
23	視神経障害	☐	☐	☐
24	()	☐	☐	☐

栄養状況	
☐	食事量の変化 (増加・減少)
☐	体重の変化 ____kg(増加・減少)

内服抗がん薬の服薬状況	
☐	おおむね飲んでいる
☐	ときどき飲み忘れる
☐	飲み忘れることが多い
☐	ほとんど飲んでいない
☐	飲み間違いがある
☐	飲み忘れ・飲み間違いについて指導を行いました

※1末梢性運動・感覚ニューロパチー

※2手掌・足底発赤知覚不全症候群

※3顔面浮腫、四肢浮腫、体幹浮腫、頸部浮腫

<薬剤師からの提案事項・その他報告事項>

<注意> このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは電話にてお願いします。