



FAX : 042-○○○-○○○○

○○病院 薬剤科

御中 (医療機関名)

報告日: 年 月 日

トレーシングレポート (がん化学療法)

担当医 科 先生 御侍史	保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX 番号
患者 ID :	
患者氏名 :	担当薬剤師名 :
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ました <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします 下記の通り、ご報告いたします。	

*治療内容 (薬剤名): 【 】

副作用項目	0	1 (トレーシングレポート概ね Grade1 に該当)	2 疑義照会 (Grade2 以上)	3 (予定外受診を促す)
発熱	なし	37.5~38℃の発熱があった	38℃以上の発熱が2日以上続いた	
悪心	なし	吐き気はあるが、食事を半分以上食べられる	吐き気があり、食事量が普段の半分以下	吐き気のために水分も摂れない
嘔吐	なし	1日 1-2 回の嘔吐	1日 3~5 回の嘔吐	1日 6 回以上の嘔吐
口内炎	なし	痛みはなく食事量に影響がない	痛みがあり、食事の工夫が必要	かなりの痛みがあり、食事ができない
下痢	なし	1日の排便回数が1-3回増加	1日の排便回数が4-6回増加	1日の排便回数が7回以上増加
便秘	なし	下剤を時々使用する回数が増えた	下剤の定期的な使用量が増えて、排便がある	下剤の定期的な使用量を増やしても排便できない
末梢神経障害	なし	軽度のしびれがある	しびれがあり、生活の一部に影響している	強いしびれがあり生活に大きく影響している
手足症候群	なし	腫れはあるが痛みはない	腫れも痛みもある	強い腫れや痛みがあり生活に大きく影響している
ざそう様皮疹	なし	体表の≤10%を占める紅色皮疹	体表面積の10-30%を占め、紅斑またはそう痒を伴う	体表面積の>30%を占め、そう痒を伴う
眼の症状	なし	涙があふれて止まらない		
高血圧	なし	収縮期「150」、拡張期「90」を超える	血圧:【 】/【 】	
アドヒアランス	□良	□不良 (飲み忘れ:)		
その他の症状				
特記事項				

<注意>このトレーシングレポートは、疑義照会ではありません。

[返信希望 (ある場合)] □ あり

<返信欄 (病院使用欄) >

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りに変更します。
- 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

病院名:

所属:

氏名

返信日: 年 月 日

(医師・薬剤師・その他 ())