

がん化学療法患者情報提供書(トレーシングレポート)

宛先	済生会山口総合病院 薬剤部
	FAX: 083-928-3357(地域連携室)
	TEL: 083-901-6111(代)

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID:	保険薬局名:	
患者名:	TEL:	FAX:
	担当薬剤師名:	
この情報を伝える事に対する患者同意 <input type="checkbox"/> 取得済み <input type="checkbox"/> 未取得		
□患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要であると思われるため報告します。		

レジメン名【 _____ 】 聴取日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

《服薬アドヒアランス》

良好 不良 (_____)

《副作用発現状況》

※CTCAE ver5.0で評価し、該当する副作用の項目にチェックし、Gradeに○を記入して下さい。

副作用	グレード	副作用	グレード
<input type="checkbox"/> 悪心 (食欲不振)	1・2・3	<input type="checkbox"/> 嘔吐	1・2・3
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 (口内炎)	1・2・3	<input type="checkbox"/> 倦怠感	1・2・3
<input type="checkbox"/> 便秘	1・2・3	<input type="checkbox"/> 下痢	1・2・3
<input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛	1・2・3	<input type="checkbox"/> 痺れ	1・2・3
<input type="checkbox"/> 手足症候群	1・2・3	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

《自由記載欄》 副作用の詳細や、その他伝達事項、提案内容の記載にご活用ください

※緊急性のある問い合わせや報告は、直接病院へご連絡下さい。