

外来化学療法に関する情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者名:	

がん薬物療法に関する薬学的管理 (副作用評価及び服薬指導) を行いました。  
下記の通りご報告いたします。

聞き取り日: 年 月 日	対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
聞き取り方法: <input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 患者さんからの問い合わせ	
治療薬 (レジメン名・薬剤名):	

■副作用評価

症状	発現の有無		発現時期	詳細
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	( 回/日)
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	(最終排便日より 日)
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
疼痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
皮膚の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
爪の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
脱毛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
しびれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
味覚の変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	(BP: / )
体重低下	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	/	( kg減少)

■その他の症状

--

■薬剤師としての提案事項・その他の報告事項

--