八戸市立市民病院薬局　薬剤師外来宛て：FAX 0178-72-5145（薬局直通）

外来化学療法　トレーシングレポート

報告日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | | | | | 保険薬局名 |  |
| イニシャル | (名) |  | （姓） |  | | 担当薬剤師 |  |
| 【治療内容】 | □注射剤あり（レジメンNo. 　 ） | | | | | ＴＥＬ |  |
|  | □経口剤のみ（　 　　　　　　　） | | | | | ＦＡＸ |  |
| 薬局-病院間の情報共有に関する同意取得 | | | | | □あり　　□なし（治療上重要と思われるため報告） | | |

※来局から１～２週間を目安にフォローアップを実施し、情報提供をお願いします

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聴取日 | 年　　月　　日 | | | □来局時　□電話等によるフォローアップ　□その他（　　　　　　） | | | | |
| 【服薬状況】 | | | | | | | | |
| □良好　　　□不良　　※不良の場合その理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 【副作用モニタリング】　CTCAE ver5.0で評価してください。 | | | | | | | | |
| 症状 | | Grade0 | Grade1 | | Grade2 | Grade3 | | |
| 嘔吐 | | なし | 1～2回/日 | | 3～5回/日 | 6回以上/日 | | |
| 悪心 | | なし | 食欲の低下 | | 体重減少はなく摂取量低下 | 顕著な体重減少 | | |
| 口内炎 | | なし | 軽度・疼痛なし | | 食事形態の変更が必要 | 経口摂取不可 | | |
| 下痢 | | なし | 4回/日未満の排便回数増加 | | 4～6回/日の排便回数増加 | 7回/日以上の排便回数増加 | | |
| 便秘 | | なし | 不定期・間欠的な便秘 | | 緩下剤・浣腸の定期使用が必要 | 摘便を要する | | |
| 神経障害 | | なし | 7日以内に消失 | | 7日以上持続・日常生活に制限 | 日常生活が困難 | | |
| 皮膚症状  部位（　　　　 ） | | なし | 痛みはないが不快感がある | | 痛みがあり、日常生活に制限 | 激しい痛み、日常生活困難 | | |
| 倦怠感 | | なし | だるさがある | | 外出が億劫 | 日常生活動作が困難 | | |
|  | |  |  | |  |  | | |
|  | |  |  | |  |  | | |
|  | |  |  | |  |  | | |
| 【保険薬局→病院】　所見、薬剤師の指導内容、その他 | | | | | | | | |
| □初回指導実施しました　　□Grade3の副作用あり、受診勧奨しました | | | | | | | | |
| 【病院→保険薬局】 | | | | | | | 担当薬剤師 |  |
| □処方提案しました　　　□主治医に報告しました　　　□薬剤師外来にて情報共有しました | | | | | | | | |

※本FAXによる情報共有は疑義照会ではありません。

　疑義照会は通常通り、各科外来へ電話でお願いいたします。

八戸市立市民病院薬局　TEL 0178-72-5111（内1420）　　　　　　　　担当：薬剤師外来　（ver2、2022.03）