

(送付状不要)

西新潟中央病院 緩和ケア事務局 宛 FAX番号：025-267-4315

年 月 日

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

患者番号		保険薬局名	
患者氏名		担当薬剤師	
主治医		電話番号	
備考		FAX番号	

患者は処方医療機関(主治医)への報告を同意しています。

患者は処方医療機関(主治医)への報告を同意していないが、治療上必要であるため報告します。

<報告内容>

レジメン登録No	
----------	--

・直近の抗がん剤投与日 年 月 日

・聞き取り日(情報収集日) 年 月 日

・次回診察予定日 年 月 日

<副作用症状の確認>

<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 咳嗽・咳
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 倦怠感・疲労感	<input type="checkbox"/> 食欲不振
<input type="checkbox"/> 疼痛(部位： NRS・VAS：)	<input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸苦	<input type="checkbox"/> 皮膚障害	
<input type="checkbox"/> その他()			

<服薬状況の確認>

コンプライアンス (良い・悪い) ⇒ 理由 (飲み忘れ、気分が悪くなる、吐き気が強い等)

<保険薬局薬剤師から患者に対して行った追加の指導内容>

--

<保険薬局薬剤師から医療機関への報告・提案等>

--

トレーシングレポート（服薬情報提供書）による情報提供ありがとうございました。

内容についてお問い合わせする場合がございます。ご協力の程お願い申し上げます。