**(保険薬局→北里大学病院)**

**FAX:042-778-9891**

**報告日：20　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　次回治療予定日：20　年　　月　　日**

**【特定薬剤管理指導加算２】服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名：　　　　　　　　　　　　　　　様診療科： | 保険薬局（名称・所在地）： |
| サポート日： 年 月 日( サイクル目day 　)聴取した相手：本人・家族・その他( ) | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　　[ ] 得ました。　　　[ ] 得ていません。　[ ] 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 副作用症状 | Grade |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | 悪心 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | 嘔吐 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | 便秘 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | 下痢 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | 口腔粘膜炎 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | 食欲不振 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | 味覚異常 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | 末梢神経障害※1 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | 筋肉痛 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | 疼痛 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | 爪囲炎 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | ざ瘡様皮疹 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

神奈川がん領域均てん化のための研究会 作成

＜注意＞このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは電話にてお願いします。

＜薬剤師からの提案事項・その他報告事項＞

**送り先：北里大学病院**

|  |  |
| --- | --- |
| 副作用症状 | Grade |
| 1 | 2 | 3 |
| 13 | 手足症候群※2 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | 浮腫※3 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | 動悸 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | 高血圧 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | 鼻出血 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | 倦怠感 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | 呼吸困難 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | 咳嗽 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 21 | 流涙 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 22 | ( ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 23 | ( ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 24 | ( ) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| 栄養状況 |
| [ ]  | 食事量の変化　　　(増加・減少) |
| [ ]  | 体重の変化 　　 kg(増加・減少) |
|  |
| 内服抗がん薬の服薬状況 |
| [ ] 　おおむね飲めている[ ] 　ときどき飲み忘れる[ ] 　飲み忘れることが多い[ ] 　ほとんど飲んでいない[ ] 　飲み間違いがある |
| [ ] 　飲み忘れ・飲み間違いについて指導を行いました |

※1 末梢性運動・感覚ニューロパチー

※2 手掌・足底発赤知覚不全症候群

※3 顔面浮腫、四肢浮腫、体幹浮腫、頚部浮腫