**(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