



報告日：20 年 月 日

(保険薬局→北里大学病院)

【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 ）	電話番号： FAX 番号：
聴取した相手：本人・家族・その他（ ）	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 <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていません。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 末梢神経障害※1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

副作用症状	Grade		
	1	2	3
13 手足症候群※2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 浮腫※3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 鼻出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 流涙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

栄養状況	
<input type="checkbox"/>	食事量の変化 (増加・減少)
<input type="checkbox"/>	体重の変化 ____kg(増加・減少)

内服抗がん薬の服薬状況	
<input type="checkbox"/>	おおむね飲んでいる
<input type="checkbox"/>	ときどき飲み忘れる
<input type="checkbox"/>	飲み忘れることが多い
<input type="checkbox"/>	ほとんど飲んでいない
<input type="checkbox"/>	飲み間違いがある
<input type="checkbox"/>	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、頸部浮腫

<薬剤師からの提案事項・その他報告事項>

<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。