



FAX 番号： 047-304-9191 (東京ベイ・浦安市川医療センター薬剤室)

※疑義照会の場合は通常通り電話にてお願いします (病院代表番号：047-351-3101)



送信先：東京ベイ・浦安市川医療センター薬剤室 御中

送信日： 年 月 日

## 抗がん剤使用患者の服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

送信元情報	
薬局名称 :	担当薬剤師名 :
薬局所在地 :	
電話番号 :	FAX 番号 :

患者情報	
患者氏名 :	様 (生年月日 : 年 月 日)
患者 ID :	診療科 : 科
情報確認日 : 年 月 日	担当医師名 : 先生
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ました	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

有害事象名	CTCAE Grade2 以上またはその他の情報提供が必要と思われる症状

参考：主な有害事象と CTCAE ver5.0 における Grade2 以上の状態

- \*下痢：ベースラインと比べて 4 回/日以上 of 排便回数増加、または人工肛門からの排泄量の中等度増加
- \*悪心：経口摂取量の減少                      \*口腔粘膜炎：食事の変更を要する疼痛または潰瘍
- \*嘔吐：24 時間に 3~5 エピソード (5 分以上の間隔があった場合は 1 エピソード)
- \*倦怠感：日常生活動作を制限するだるさがある                      \*皮膚障害：日常生活動作の制限
- \*手足症候群：疼痛を伴う皮膚の変化。日常生活動作の制限                      \*末梢神経障害：日常生活動作の制限

※病院薬剤師記入欄	
<input type="checkbox"/> 内容確認済み	担当薬剤師 確認印