

岡山市立市民病院 PFM 薬剤師 宛て

報告日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

<注意>この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	施設名・所在地
当院患者 ID: 患者氏名: 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師:
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た（代諾者続柄: _____） <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。	

<報告・提案内容> 該当する項目に、印☑を付けて、FAX にてご連絡ください。

薬 剤 名	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 ⇒ 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性を指導した <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 [薬剤名: _____ ] <input type="checkbox"/> 処方提案 [ _____ ] <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
<input type="checkbox"/> 副作用疑い（重篤でないもの） ⇒ <input type="checkbox"/> 検査値確認依頼 [項目: _____ ]	
[症状: _____ ] <input type="checkbox"/> 薬剤変更（減量）提案 <input type="checkbox"/> TDM 依頼 [薬剤: _____ ] <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	
<input type="checkbox"/> 患者訴え ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 <input type="checkbox"/> 薬剤減量提案 [主訴: _____ ] <input type="checkbox"/> 処方提案 <input type="checkbox"/> 薬剤追加提案	
<input type="checkbox"/> 化学療法関連（対症療法に薬剤を使用した場合） ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤名 [ _____ ] ※がん化学療法の副作用詳細内容は本様式 2 ページ目に記載しています	
<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤（ポリファーマシー） ⇒ 薬剤中止提案 [薬剤名: _____ ]	
<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	
備考（必要に応じて記載してください）	

**副作用発現状況**

下記の表に該当する副作用が認められた場合、印  を付けて、FAX にてご連絡ください。

副作用名	副作用の強さ		
	1	2	3
<b>下痢</b>	<input type="checkbox"/> 1日に1~3回下痢する ストーマからの排泄量が 少し増える	<input type="checkbox"/> 1日に4~6回下痢をする ストーマからの排泄量が 増える	<input type="checkbox"/> 1日に7回以上下痢する ストーマからの排泄量が かなり増える
<b>便秘</b>	<input type="checkbox"/> 下剤を時々使用する	<input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用している	<input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用しても便が 出ない
<b>口内炎</b>	<input type="checkbox"/> 軽い口内炎はあるが、ほ ぼ普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 口内炎の痛みはあるが、 工夫すれば食事はとれる	<input type="checkbox"/> 口内炎の強い痛みで、 ほとんど食事がとれない
<b>皮膚障害</b>	<input type="checkbox"/> 一部の皮膚に症状がある	<input type="checkbox"/> 顔、胸、腹、背中、手足 のいずれかに広がる	<input type="checkbox"/> 上半身、下半身に広がる
<b>手足症候群</b>	<input type="checkbox"/> 手や足のひりひり感・腫 れ・赤みなどはあるが、 痛みはない	<input type="checkbox"/> 手や足の腫れ・水ぶく れ・ひび割れなどがあり、 痛みがある。 生活は何とかできる	<input type="checkbox"/> 手や足の腫れ・水ぶくれ・ ひび割れなどがあり、強い 痛みがある。 生活ができないことが多い
<b>手足の感覚</b>	<input type="checkbox"/> 手や足に軽いしびれや違 和感がある	<input type="checkbox"/> 手や足にしびれがあるが 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 手や足に強いしびれがあり 生活に支障をきたす
<b>吐き気</b>	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気はあるが、ほ ぼ普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 吐き気があり、食事は 少量とれる	<input type="checkbox"/> 強い吐き気があり、食事や 水分がほとんどとれない
<b>嘔吐</b>	<input type="checkbox"/> 1日に1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐いた
<b>食欲不振</b>	<input type="checkbox"/> 少し食欲はないが、ほぼ 普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 食べる量は少ないが、 体重に変化はない	<input type="checkbox"/> まったく食欲がなく、食事 や水分がほとんどとれない
<b>味覚の変化</b>	<input type="checkbox"/> 本来の味と少し違って感 じるが、ほぼ普段通り食 事がとれる	<input type="checkbox"/> 本来の味が感じられない ため、普段と違う食事 でなんとか過ごしている	
<b>疲労感</b>	<input type="checkbox"/> 疲労感はあるが、休めば よくなる	<input type="checkbox"/> 疲労感があり、休んでも よくなる。生活はな んとかできる	<input type="checkbox"/> 疲労感があり、休んでもよ くならない。生活ができ ないことが多い
<b>咳</b>	<input type="checkbox"/> ほとんどない。 生活に少し支障がある	<input type="checkbox"/> 時々ある。生活にある程 度支障がある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある。 生活にかなり支障をきたす
<b>呼吸困難</b>	<input type="checkbox"/> 体を動かしたときに息切 れする	<input type="checkbox"/> 立つ、座る等の軽い動作 で息切れする	<input type="checkbox"/> 安静にしているでも息切れ する

**連絡事項**

・御提供いただいた情報は、次回の当院受診までに担当医師に報告いたします。

<注意> 当レポートによる情報伝達は疑義照会ではありません。

**副作用の強さが「3」の時は医療機関の受診を勧めてください。**

緊急性のあるお問い合わせは、直接担当医師へご連絡ください (代表 TEL : 086-737-3000)。