

**【注意】FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通りの方法で行ってください。**

### 化学療法用トレーシングレポート

報告日： 年 月 日

担当医 _____ 科 _____ _____ 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地 _____
患者 ID : _____ 患者名 : _____	電話番号 : _____ FAX 番号 : _____ 担当薬剤師名 : _____
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。 <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致します。	

#### 【有害事象】

①来局時 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) _____ 生活への支障 _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) ※有害事象は CTCAE Ver5.0 を参考にしてください。	②有害事象確認 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時) <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) _____ 生活への支障 _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__) _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Grade__)
--	--

上記の詳細内容

**【服用状況 良好 不良 不安あり】**

指導内容・処方提案・備考

※受信確認のFAX返信は致しません。次回処方への反映等をご確認ください。