

一宮市立市民病院

処方提案書（がん専用トレーシングレポート）

【注意】 このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません。**
 疑義照会は通常通り『院外処方箋問い合わせ票』にてお願い致します。

患者ID	患者氏名	報告日 年 月 日
診療科	処方医名 先生	保険薬局 名称・所在地
レジメン名 または 使用抗がん剤名		薬剤師氏名
		TEL
		FAX
<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 処方提案		治療日 年 月 日 (コース day)

処方医への報告に患者の同意あり 患者の同意は無いが、治療上重要と考えられるため報告

報告内容

服薬状況						
Grade	0	1	2	3	4	発現時期
悪心	なし	食習慣変わらず	体重、食事量低下	食事が摂れない	—	
嘔吐	なし	治療を要さない	外来治療が必要	入院治療が必要	緊急処置を要する	
下痢	なし	普段より1~3回/日多い	普段より4~6回/日多い	普段より7回以上多い	緊急処置を要する	
便秘	なし	緩下剤等を不定期使用	緩下剤・浣腸を定期使用	日常生活に支障を来す	緊急処置を要する	
口内炎	なし	治療を要さない	痛みあり、食事は摂れる	痛みで食事が摂れない	緊急処置を要する	
味覚異常	なし	食生活に変化なし	食生活に変化あり	—	—	
末梢神経障害	なし	日常生活に支障なし	身の周りの動作に制限あり	日常生活に支障あり	緊急処置を要する	
手足症候群	なし	疼痛なし、紅斑・浮腫 などの変化あり	疼痛あり、角質剥離・ 水泡・出血などあり	より強い疼痛あり、 日常生活に支障あり	—	
倦怠感	なし	日常生活に支障なし	日常生活以外の動作に制限あり	日常生活に支障あり	—	

*Grade3以上は受診を勧める目安です。CTCAEの詳細・その他の副作用については薬薬連携の窓を参照下さい。

その他情報提供・報告事項など

【返信欄】

確認しました。 提案通りに変更します。 処方変更はありません。 下記の通りに対応します。

年 月 日 回答者：