

横浜市鶴見区地域共通情報提供書（トレーシングレポート）（抗悪性腫瘍薬の使用対象者用）

FAXの流れ： 保険薬局 → 医療機関薬剤部 → 処方医師

【注意】このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
即時処方箋に反映すべき疑義については、各医療機関の方法に即した疑義照会をお願いします。

病院名 _____

処方医師 _____ 科 _____ 先生御侍史 _____ 報告日 _____ 月 _____ 日

患者ID _____ 保険薬局名 _____
住所・TEL/FAX _____

レジメン名 _____ 担当薬剤師名 _____ 印 _____

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付しました。下記、副作用状況及び処方内容に関する提案事項についてご報告いたします。

状況確認経緯

薬剤交付時の面談 電話確認 薬剤交付後の面談時 在宅訪問時 その他（ _____ ）
（確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

確認対象者

本人 家族 その他（ _____ ）

報告内容（主な内容）

副作用状況及び対策案について
 薬剤の服薬上の問題（主な内容： 服薬遵守 ・ 残薬 ・ 剤形 ・ その他 _____ ）
 その他（ _____ ）

副作用状況（副作用項目とCTCAE ver5.0による評価）

副作用の報告対象は、Grade1+患者の対策要望、Grade2以上とする。追加の対策が望ましい項目にレ点を入れて下さい。
副作用重症度は該当Gradeにレ点を入れて下さい。Grade4、5の場合は即時、疑義照会扱いとする。
下記、副作用項目は基本とした項目であり、それ以外の副作用発見はその他に適宜記載する。

<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	-	-
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	-	-
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	-
<input type="checkbox"/> 皮膚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/> 眼障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	-
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/> 免疫関連有害事象	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5

提案事項（上記の情報を踏まえて具体的な提案を記載する）

同意が得られていない事例で伝達すべき内容があった際も下記に状況をお書き下さい