

FAX 送信先： ○○病院

FAX 番号： 123 - 456 - 789

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

病院名	○○病院	保険薬局 名称 所在地
処方医 消化器内科	田中太郎先生	トレーシング薬局 (◎◎市○○町▲-△-☆)
患者 ID : 0123456		電話番号 : 123-4567
患者氏名 : 長崎 花子		FAX 番号 : 123-4567
生年月日 : 1965 年 1 月 1 日		担当薬剤師名 : 山田一郎
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		
<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		

下記の通り、有害事象の確認を行いました。本レポートは、

☒ 自宅での経過報告であり、返信は不要です。

☐ 緊急性はありませんが、次回以降で対応をご検討いただきたい内容を含んでいます。

ご高配賜りますようお願い申し上げます。

レジメン名 (CAPOX 療法) 化学療法実施日 (12 月 12 日)

有害事象	症状の有無及び Grade 評価	症状
悪心	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (Grade 1)	day3 あたりまで軽いムカつきあり
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (Grade 1)	食べれてはいるが、あまり食べたくない
口内炎	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade)	
下痢	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade)	
しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (Grade 2)	ペットボトルが開けにくくなった
発疹・皮膚症状	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (症状・部位 : Grade1 痛みはないが手のひらが赤くなっています)	
上記以外の有害事象	疲労 Grade1 休めば回復しますが、疲れやすい	

※Grade 評価は CTCAE ver6.0 (<https://jcog.jp/doctor/tool/ctcae6/>) を参照しています

詳細・報告事項 (有害事象、治療上の悩みや不安、服薬状況、処方・検査提案など)

手掌に痛みはありませんが、赤みがでており保湿剤の使用方法について服薬指導しています。治療の影響で day7 あたりまで悪心、食欲低下もありますが、何とか食べているようです。

病院・診療所から保険薬局への伝達事項

記入者：

- ① 報告内容が経過報告のみであるか、そうでないかにチェックを入れて下さい。
- ② 有害事象がある場合は該当の症状にチェックを入れ、CTACE による Grade 評価及びその症状を記載して下さい。Grade3 以上は原則入院での治療を要するため、受診勧告もご検討下さい。
- ③ 「詳細・報告事項」は受領者に伝わりやすいよう、簡潔な記載を心がけてください。

【注意】緊急性を要する症状の場合、トレーシングレポートではなく医療機関に直接連絡して下さい。