



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医 科 先生御机下	保険薬局 名称・住所 TEL : FAX : 担当薬剤師名 : 印
患者名 :	
生年月日 : T・S・H 年 月 日 体重 : kg	

薬剤名 :

残薬	服薬の中止
個	なし ・ あり (理由 :)

<有害事象発現状況について> (“無”または“有”に○を付け、各項目にチェックしてください。)

有害事象	無・有	Grade1	Grade2	Grade3	発現期間
発熱	°C	/			
血圧	/ mmHg	<input type="checkbox"/> 120~139/80~89mmHg	<input type="checkbox"/> 140~159/90~99mmHg	<input type="checkbox"/> 160/100mmHg 以上	
口内炎	無・有	<input type="checkbox"/> わずかで摂食に影響しない	<input type="checkbox"/> 症状はあるが、食べやすく加工した食事を摂取できる	<input type="checkbox"/> 症状があり、経口摂取に支障がある	
味覚異常	無・有	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う		
食欲	無・有	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、栄養失調を伴わない摂食量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分	
悪心	無・有	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、栄養失調を伴わない摂食量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分	
嘔吐	無・有	<input type="checkbox"/> 1~2エピソード/日	<input type="checkbox"/> 3~5エピソード/日	<input type="checkbox"/> 6エピソード/日以上	
便秘	無・有	<input type="checkbox"/> 不定期または完結的な症状	<input type="checkbox"/> 緩下薬や浣腸の定期的使用を要する持続的症状	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘	
下痢	無・有	<input type="checkbox"/> 4回/日未満	<input type="checkbox"/> 4~6回/日	<input type="checkbox"/> 7回/日以上	
眼()	無・有	<input type="checkbox"/> 軽微な症状で治療の必要はない	<input type="checkbox"/> 中程度の症状、身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状、身の回りの日常生活動作の制限	
疲労	無・有	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作が制限される	<input type="checkbox"/> 身の回りの生活動作が制限される	
手足症候群	無・有	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない皮膚の変化または皮膚炎	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回りの日常生活動作の制限	
末梢神経障害	無・有	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 中程度の症状、身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状、身の回りの日常生活動作の制限	

薬剤師としての提案事項・その他報告事項

返信欄

担当 :

<注意> この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、処方医に直接電話でご確認ください。