

〈薬薬連携トレーシングレポート〉

調剤薬局⇒丸太町病院

※黒枠内のご記入をよろしくお願いいたします。

氏名
生年月日 年 月 日

処方日	年	月	日
処方医			先生

当てはまる項目に☑をお願いします。			いつからですか？
残薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      錠)		
体重	kg		
発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      °C)		
血圧	/ mmHg		
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 痛みはない、またはほとんどない <input type="checkbox"/> 痛みがあるが、やわらかいものや汁ものは食べられる <input type="checkbox"/> 痛みが強く、いつも通り食事がとれない		
味覚	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 味覚の変化はあるが、いつも通り食事はとれる <input type="checkbox"/> 味覚の変化があり、いつも通りの食事がとれない		
食事	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 食欲はないが、いつも通り食事はとれる <input type="checkbox"/> 軽い食事、飲み物はとれる <input type="checkbox"/> 食事がとれず体重が減った		
吐き気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吐き気はあるが、いつも通り食事はとれる <input type="checkbox"/> 吐き気で、食事の量が減った <input type="checkbox"/> 吐き気で、ほとんど食事がとれない		
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日1～2回吐いた <input type="checkbox"/> 1日3～5回吐いた <input type="checkbox"/> 1日6回以上吐いた		
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> たまに下剤を使って便が出る <input type="checkbox"/> 毎日下剤を使って便が出る <input type="checkbox"/> 下剤を使っても便が出ない		
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日3回以下の下痢 <input type="checkbox"/> 1日4～6回の下痢 <input type="checkbox"/> 1日7回以上の下痢		
目	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 涙が多い、またはあふれる <input type="checkbox"/> ものが見えにくくなった <input type="checkbox"/> ほとんどものが見えない		
疲労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> だるさがあるが身の回りの動作はできる <input type="checkbox"/> だるさが強く、普段の生活ができない		
手足	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 違和感があるが痛みはない <input type="checkbox"/> 痛みがある、皮膚の表面が固くなった <input type="checkbox"/> 痛みがあり、ひび割れや、はれがある		
しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽いしびれ、ぴりぴりする <input type="checkbox"/> しびれが強いが、身の回りの動作はできる <input type="checkbox"/> 痺れが強く、普段の生活ができない		
皮膚	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 赤み、湿疹がでている <input type="checkbox"/> あざが増えた <input type="checkbox"/> 身体の広い範囲に湿疹やあざがある		
その他	(      )		