

<注意>このFAXでの処方内容に関する疑義照会は受け付けません。
 疑義照会は医師への照会后、「処方せん内容疑義照会連絡票」にてFAXしてください。

化学療法専用トレーシングレポート

神戸市立医療センター西市民病院薬剤部宛

報告日： 年 月 日

担当医： 科 先生	保険薬局 名称・所在地	
患者ID：	電話番号：	
患者氏名：	FAX番号：	
	保険薬剤師名：	印

- この情報を伝えることに対する患者同意 有 無
- 患者は主治医への報告提供を拒否していますが、治療上必要なため報告致します。
- 病院からの返信を希望します。
- 返信の有無は病院の判断に任せます。

治療レジメン名：

処方箋発行日：

情報提供者：患者本人・家族・その他（ ）

有害事象	有無およびGrade評価	備考欄
口腔粘膜炎	未確認・無・有・Grade()	
皮膚障害	未確認・無・有・Grade()	
下痢	未確認・無・有・Grade()	
便秘	未確認・無・有・Grade()	
末梢神経障害	未確認・無・有・Grade()	
食欲不振	未確認・無・有・Grade()	
悪心	未確認・無・有・Grade()	
嘔吐	未確認・無・有・Grade()	
浮腫	未確認・無・有・Grade()	
高血圧	未確認・無・有・Grade()	
咳・息苦しさ	未確認・無・有・Grade()	
出血傾向	未確認・無・有・Grade()	

アドヒアランス（特に残薬の有無などについて教えてください。）

その他（疼痛評価、他院処方、栄養状態など）