

トレーシングレポート (外来化学療法副作用報告)

ver.3

青森県立中央病院

処方せん発行日 年 月 日 保険薬局 名称 所在
病院名 病院
処方医 科 先生
患者ID: 電話番号:
患者氏名: FAX番号:
生年月日: 年 月 日 担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を
[] 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れますので報告いたします

抗がん剤治療に関わる情報提供書を受領いたしました。
下記の通り、副作用状況について、ご報告いたします。

聞き取り日

年 月 日

前回治療日: 年 月 日

レジメン番号:

レジメン名:

Table with 4 columns: Grade0, Grade1, Grade2, Grade3. Rows include symptoms like 疲労感, 食欲不振, 吐き気, 皮膚の乾燥, etc.

問 17 最近の症状についてお聞きます

(1) 痛みでできないことや困っていること
(2) 気持ちの落ち込みやいらいら
痛くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最悪な痛み

次回受診日: 年 月 日

【保険薬局薬剤師コメント欄】
【県病コメント欄】
対応者: [] 薬剤師 [] 看護師
年 月 日 / 名前:

※※※※※※※※※※※※※※※※※※※※ (注意) Dr.joyにて報告のご協力をお願いします
FAXの場合は、青森県立中央病院薬剤部直通(017-726-8452)へ送信して下さい。
前回の投与後から、 [] に網掛けしている症状に該当する場合は、患者さんから各外来へすぐに連絡するよう促していただくをお願いします。