**大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　地域連携室　宛て**

報告日:　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

**【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】**

<注意>このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 施設名・所在地  TEL:　　　　　　　　　　　　FAX:  担当薬剤師: |
| 当院患者ID:  患者氏名:  生年月日:　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| この情報を伝える上で、患者からの同意を　　　　□得た　（代諾者続柄:　　　　　　　　　　　　　　）  □得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。 | |

＜報告・提案内容＞　該当する項目に、印☑を付けて、FAXにてご連絡ください。

|  |
| --- |
| □コンプライアンス不良　　　　　　　　　　　⇒　《理由》　□飲み忘れ　□自己判断　□その他（　　　　　　　　　　）  □適切な服薬に向けて、意義や重要性を指導した  薬剤名  □薬剤中止提案［薬剤名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□院外処方提案  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □副作用疑い（重篤でないもの）　　　　⇒□検査値確認依頼［項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　］  ［症状:　　　　　　　　　　　　　　　　　 ］　　□薬剤変更（減量）提案　　　　□TDM依頼  ［薬剤:　　　　　　　　　　　　　　　　　　］　　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □患者訴え　　　　　　　　　　　　　　　 　　⇒□薬剤中止提案　　□薬剤減量提案  ［主訴:　　　　　　　　　　　　　　　　　］　　　□院外処方提案　　□薬剤追加提案 |
| □化学療法関連（対症療法に薬剤を使用した場合）⇒□薬剤名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  ※がん化学療法の副作用詳細内容は本様式2ページ目に記載しています |
| □継続の必要性が乏しい薬剤（ポリファーマシー）　⇒薬剤中止提案［薬剤名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 備考（必要に応じて記載してください） |

**副作用発現状況**

下記の表に該当する副作用が認められた場合、印 を付けて、FAXにてご連絡ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 副作用名 | 副作用の強さ | | | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | |
| **下痢** | □ | 1日に1~3回下痢する  ストーマからの排泄量が少し増える | □ | 1日に4~6回下痢をする  ストーマからの排泄量が増える | □ | 1日に7回以上下痢する  ストーマからの排泄量が  かなり増える |
| **便秘** | □ | 下剤を時々使用する | □ | 下剤を毎日使用している | □ | 下剤を毎日使用しても便が出ない |
| **口内炎** | □ | 軽い口内炎はあるが、ほぼ普段通り食事がとれる | □ | 口内炎の痛みはあるが、  工夫すれば食事はとれる | □ | 口内炎の強い痛みで、  ほとんど食事がとれない |
| **皮膚障害** | □ | 一部の皮膚に症状がある | □ | 顔、胸、腹、背中、手足のいずれかに広がる | □ | 上半身、下半身に広がる |
| **手足症候群** | □ | 手や足のひりひり感・腫れ・赤みなどはあるが、痛みはない | □ | 手や足の腫れ・水ぶくれ・ひび割れなどがあり、痛みがある。  生活は何とかできる | □ | 手や足の腫れ・水ぶくれ・ひび割れなどがあり、強い痛みがある。  生活ができないことが多い |
| **手足の感覚** | □ | 手や足に軽いしびれや違和感がある | □ | 手や足にしびれがあるが生活に支障はない | □ | 手や足に強いしびれがあり生活に支障をきたす |
| **吐き気** | □ | 軽い吐き気はあるが、ほぼ普段通り食事がとれる | □ | 吐き気があり、食事は  少量とれる | □ | 強い吐き気があり、食事や水分がほとんどとれない |
| **嘔吐** | □ | 1日に1~2回吐いた | □ | 1日に3~5回吐いた | □ | 1日に6回以上吐いた |
| **食欲不振** | □ | 少し食欲はないが、ほぼ普段通り食事がとれる | □ | 食べる量は少ないが、  体重に変化はない | □ | まったく食欲がなく、食事や水分がほとんどとれない |
| **味覚の変化** | □ | 本来の味と少し違って感じるが、ほぼ普段通り食事がとれる | □ | 本来の味が感じられないため、普段と違う食事でなんとか過ごしている |  | |
| **疲労感** | □ | 疲労感はあるが、休めばよくなる | □ | 疲労感があり、休んでもよくならない。生活はなんとかできる | □ | 疲労感があり、休んでもよくならない。生活ができないことが多い |
| **咳** | □ | ほとんどない。  生活に少し支障がある | □ | 時々ある。生活にある程度支障がある | □ | 頻繁にある。  生活にかなり支障をきたす |
| **呼吸困難** | □ | 体を動かしたときに息切れする | □ | 立つ、座る等の軽い動作で息切れする | □ | 安静にしていても息切れ  する |

**副作用の強さが「3」の時は医療機関の受診を勧めてください**

**連絡事項**

|  |
| --- |
|  |

・御提供いただいた情報は、次回の当院受診時に担当医師に報告し、患者様にお渡しする副作用情報提供書の　　連絡欄に経過を記載致します。

＜注意＞当レポートによる情報伝達は疑義照会ではありません。

緊急性のあるお問い合わせは、倉敷中央病院　086-422-0210（代表）より、調剤室へご連絡ください。