

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：2021 年 4 月 1 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 <u>〇〇</u> 科 <u>△△</u> 先生 御机下	施設名・所在地 <u>□□ 薬局</u>
患者氏名： <u>倉中 花子</u> 当院患者 ID： <u>12345678</u> 生年月日： <u>1965</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 日	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師： _____
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た (代諾者続柄： _____) <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告する	

<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。

薬 剤 名	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 ⇒ 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性を指導した <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 [薬剤名： _____] <input type="checkbox"/> 院外処方提案 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
<input type="checkbox"/> 副作用疑い (重篤でないもの) ⇒ <input type="checkbox"/> 検査値確認依頼 [項目： _____]	
[症状： _____] <input type="checkbox"/> 薬剤変更 (減量) 提案 <input type="checkbox"/> TDM 依頼 [薬剤： _____] <input type="checkbox"/> その他 [_____]	
<input type="checkbox"/> 患者訴え ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 <input type="checkbox"/> 薬剤減量提案 [主訴： _____] <input type="checkbox"/> 院外処方提案 <input type="checkbox"/> 薬剤追加提案	
<input checked="" type="checkbox"/> 化学療法関連 (対症療法に薬剤を使用した場合) ⇒ <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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： _____]	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 下剤を時々使用する	<input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用している	<input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用しても便が 出ない
口内炎	<input type="checkbox"/> 軽い口内炎はあるが、ほ ぼ普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 口内炎の痛みはあるが、 工夫すれば食事はとれる	<input type="checkbox"/> 口内炎の強い痛みで、 ほとんど食事がとれない
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 一部の皮膚に症状がある	<input type="checkbox"/> 顔、胸、腹、背中、手足の いずれかに広がる	<input type="checkbox"/> 上半身、下半身に広がる
手足症候群	<input type="checkbox"/> 手や足のひりひり感・腫 れ・赤みなどはあるが、 痛みはない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 手や足に軽いしびれや違 和感がある	<input checked="" type="checkbox"/> 手や足にしびれがあるが 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 手や足に強いしびれがあり 生活に支障をきたす
吐き気	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気はあるが、ほ ぼ普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 吐き気があり、食事は 少量とれる	<input type="checkbox"/> 強い吐き気があり、食事や 水分がほとんどとれない
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日に1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐いた
食欲不振	<input type="checkbox"/> 少し食欲はないが、ほぼ 普段通り食事がとれる	<input type="checkbox"/> 食べる量は少ないが、 体重に変化はない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 疲労感はあるが、休めば よくなる	<input type="checkbox"/> 疲労感があり、休んでも よくなる。生活はな んとかできる	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ほとんどない。 生活に少し支障がある	<input type="checkbox"/> 時々ある。生活にある程 度支障がある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある。 生活にかなり支障をきたす
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 体を動かしたときに息切 れする	<input type="checkbox"/> 立つ、座る等の軽い動作 で息切れする	<input type="checkbox"/> 安静にしているでも息切れ する

連絡事項

貴院にて TC 療法施行中の患者です。当薬局来局時に「手足のしびれ」の訴えがありました。次回受診時に症状経過のご確認をお願いします。必要に応じて減量、副作用対策薬の追加のご検討をお願いします。

・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。
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。