**トレーシングレポート（外来化学療法）**

報告日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　先生　御机下

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** |  |  | **薬局名** |  |
| **患者ID** |  |  | **薬剤師** |  |
| **生年月日** |  |  | **電話番号** |  |
|  |  |  | **FAX番号** |  |

□患者は処方医への報告を同意しています。

□患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

＜内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 【レジメン】 |  |
| 【対象】 | □本人　　□家族　　□そのほか（　　　　　　　　） |
| 【確認日】 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 【内容】 | □有害事象　　□服薬状況　　□その他 |

【報告】　　　　　以下の通り、報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **grade** | **メモ** |  | **grade** | **メモ** |
| 悪心 |  |  | 口内炎 |  |  |
| 嘔吐 |  |  | ざ瘡様皮疹 |  |  |
| 食欲不振 |  |  | 白血球減少 |  |  |
| 便秘 |  |  | 好中球減少 |  |  |
| 下痢 |  |  | 貧血 |  |  |
| 末梢神経障害 |  |  | 血小板減少 |  |  |

そのほか　発熱・倦怠感・脱毛・味覚の変化・咳や息切れ・皮膚症状（発赤・色素沈着）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |