

送信先

新潟県立十日町病院薬剤部 FAX 025-752-4194

## 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】	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> そのほか( )
【確認日】	年 月 日
【内容】	<input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 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)
