

東京医科大学八王子医療センター 薬剤部

外来がん薬物療法担当薬剤師 宛

〈FAX：042-666-4777〉

【トレーシングレポート 〈がん薬物療法専用〉】

※この FAX による情報提供は疑義照会ではありません

担当医 科 先生 報告日 年 月 日

患者 ID： 患者名：	保険薬局名称・住所		
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			
<input type="checkbox"/> 患者は担当医への報告を拒否していますが 治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL：	FAX：	
	担当薬剤師：		

【治療薬（レジメン名・薬剤名など）】

【副作用評価】

副作用	未確認	無	有 (CTCAE grade)	詳細、指導・提案内容等
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
下痢・便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
味覚の変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
皮膚・爪の変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
認知機能の変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
眼の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Grade)	
息切れ・呼吸苦・咳などの急激な悪化				無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ※早急に連絡を（間質性肺炎の可能性あり）
37.5°C以上の発熱が3日以上続く				無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ※早急に連絡を（FN の可能性あり）

【その他 〈上記以外の副作用、服薬状況など〉】

--