



FAX：仙台市立病院薬剤科 022-308-9917

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

仙台市立病院 御中

報告日：

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

レジメン確認患者用：イブランス

担当医：	先生 御机下	保険薬局名：	
患者ID：		所在地：	
患者名：		電話番号：	
		FAX番号：	
		担当薬剤師名：	印
この情報を伝えることに対しての患者の同意			
<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるため報告			

聞き取り日：	<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【服薬状況】 <u>3週間服用1週間休薬</u>	
<input type="checkbox"/> 服薬できている <input type="checkbox"/> しばしば服用できないことがある <input type="checkbox"/> 休薬中 (しばしば服用できないことがある、休薬中に該当した場合)	
ー理由： <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【副作用の評価】 …緊急を要する場合は電話での連絡もお願い致します。	
・肝機能障害（直近での急激な悪化） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・間質性肺炎（呼吸困難・息切れ・空咳等） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合)	
ー訴えのある症状： <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 発熱（ ）℃	
・感染症症状（発熱・喉の痛み・排尿時痛等） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

症状	なし	Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響ない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水、栄養失調を伴わない食事量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分等の経口摂取が不十分
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさ・元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/不定期に浣腸を使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤/浣腸の定期的使用	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より<4回/日の排便増加	<input type="checkbox"/> 普段より4-6回/日の排便増加	<input type="checkbox"/> 普段より>6回/日の排便増加

症状の具体的内容・提案事項

--

本用紙は電子カルテに反映いたします。お急ぎの要件は電話での対応をお願いします。