

FAX または mail 送信先：岡山大学病院 腫瘍センター
FAXでの送信；086-235-7814 またはメールへの添付；chemotherapy@okayama-u.ac.jp

【連携充実加算・特定薬剤管理指導加算2】がん化学療法情報提供書

岡山大学病院 → 薬局へ

ID：	身長：	cm	レジメン：	施行日：
患者氏名：	体重：	kg	コース数：	診療科：
生年月日：	体表面積：	m ²	day：	担当医： 先生
抗がん薬の投与量：	mg	支持療法：		
	mg			
	mg			
	mg			
有害事象発現状況（CTCAE v5.0をもとに評価しております）				
白血球	AST	悪心	末梢神経障害	
好中球	ALT	嘔吐	手足症候群	
血小板	T.Bil	便秘	倦怠感	
Hb	CRE	下痢		
その他				担当薬剤師名：

がん化学療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）

薬局 → 岡山大学病院へ

保険薬局名：	報告日：	年	月	日
所在地：	確認日：	年	月	日
電話番号：	担当薬剤師名：			
FAX：	(ハンコ可)			
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることをに対して患者の同意を得ています。				
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し同意を得てはませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。				
対応者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 服用できていない時がある <input type="checkbox"/> 休薬中				
【副作用状況】 該当する症状にチェックを入れ、CTCAEに基づくグレード評価を記載してください。				
<input type="checkbox"/> 悪心 []	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害 []	<input type="checkbox"/> 食欲不振 []	<input type="checkbox"/> 高血圧 []	
<input type="checkbox"/> 嘔吐 []	<input type="checkbox"/> 手足症候群 []	<input type="checkbox"/> 味覚障害 []	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛 []	
<input type="checkbox"/> 便秘 []	<input type="checkbox"/> 倦怠感 []	<input type="checkbox"/> 浮腫 []	<input type="checkbox"/> []	
<input type="checkbox"/> 下痢 []	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 []	<input type="checkbox"/> 流涙・眼障害 []	<input type="checkbox"/> []	
〈詳細・その他〉				
【薬剤師としての所見・提案事項・指導内容などを記載してください】				

〈注意〉 本文書による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせは、**疑義照会**は、**処方医に直接電話**でご確認ください。