

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 <sup>2</sup> | 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。