



FAX：NTT東日本関東病院 薬剤部（03-3448-6163）

NTT東日本関東病院 御中

報告日：_____年____月____日

がん化学療法 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医： _____科 先生御机下	保険薬局 名称・所在地：
患者ID：	電話番号：
患者名： _____様	FAX番号：
	担当薬剤師名：

下記の通り、有害事象について確認を行いましたのでご報告いたします。

聞き取り日： _____年____月____日	対応者： 本人・家族（続柄： _____）
レジメン名：	対応方法： 対面・電話

有害事象	Grade					備考
悪心	0	1	2	3	未確認	
嘔吐	0	1	2	3	未確認	
食欲不振	0	1	2	3	未確認	
味覚障害	0	1	2	3	未確認	
口腔粘膜炎	0	1	2	3	未確認	
便秘	0	1	2	3	未確認	
下痢	0	1	2	3	未確認	【性状】 【回数】 回/日
倦怠感	0	1	2	3	未確認	
末梢神経障害	0	1	2	3	未確認	
手足症候群	0	1	2	3	未確認	
ざ瘡様皮疹	0	1	2	3	未確認	
爪囲炎	0	1	2	3	未確認	
	0	1	2	3		
	0	1	2	3		
	0	1	2	3		

※GradeはCTCAE ver.5.0を用いて評価をお願いいたします

備考（保険薬局での評価・指導内容、提案事項など）

--

< 注意事項 >

疑義照会は 03-3448-6165 にFAXをお願いします。（本紙による情報提供は疑義照会ではありません）

緊急性のある場合は担当医師へ電話連絡、または抗がん剤ホットライン（03-3448-6174 :平日9～17時）へ連絡してください。