TS-1用トレーシングレポート

＜丸山記念総合病院　薬剤科　宛＞

FAX:丸山記念総合病院　薬剤科　048-757-5714 保険薬局→薬剤科→担当医

早急な対応が必要と考えられる場合は、病院まで電話で御連絡お願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当医 |  | 先生　御侍史 | | 保険調剤薬局名 |  |
| 患者ID |  | | | 電話番号 |  |
| 患者名 |  | | 様 | FAX番号 |  |
| 服用開始日 |  | | | 担当薬剤師名 |  |
| 下記の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認方法 | □電話　□薬局での対面指導 | | | | | |
| 確認日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 服用状況 | □服用できている　□服用できていない理由：□飲み忘れ　□副作用（　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TS-1単独療法における副作用確認項目** | | |
| **該当する項目に**  **☑してください。** | **☑した項目があるとき、該当する下記の事項に☑して下さい。** | |
| **受診勧奨** | **トレーシングレポートにて報告** |
| □発熱 | □37.5℃以上の発熱 | □発熱はあったがすぐに下がった |
| □下痢 | □１日４回以上下痢 | □1日3回以下の下痢 |
| □口内炎 | □広い範囲にある□痛む□生活に支障が出る | □少数□痛みはない□生活に支障がない |
| □吐気　□嘔吐 | □長く続く□生活に支障が出る | □すぐに治まる□生活に支障がない |
| □しびれ　□ふらつき | □生活に支障が出る | □生活に支障がない |
| □空咳　□息切れ | □長く続く□生活に支障が出る | □すぐに治まる□発熱なし |
| □流涙　□充血 | □涙が止まらない□目やに□目のかすみ | □生活に支障が出ない程度の症状 |
| □発疹　□皮膚症状 | □色素沈着□かゆみ□腫れ | □生活に支障が出ない程度の症状 |
| □食欲不振 | □長く続く□体重減少 | □体重に劇的な減少なし |
| **便の状態（ブリストルスケール）** | | |
| □１　□２　□３　□４　□５　□６　□７　　　　　※ブリストルスケールについては別紙を参照してください。 | | |

その他の報告事項

|  |
| --- |
|  |

病院薬剤師返信欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 報告内容を確認しました。 | | | | | | | | | | |
| □ | 次回から提案通りの内容に変更します。 | | | | | | | | | | |
| □ | 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。 | | | | | | | | | | |
| □ | 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 医師名 |  | 薬剤師名 |  |
| □ | トレーシングレポートの原本を診療情報管理室へ提出した（電子カルテに取り込む） | | | | | | | | | | |