

トレーシングレポート (がん薬物療法)

平素より大変お世話になっております。

患者番号：

貴院発行の

様の外来化学療法サマリーを受け取りました。

以下の事項について情報提供いたします。

内服薬の服薬状況 (抗悪性腫瘍薬、支持療法薬、オピオイド等) (レ点でチェック)

良好 やや不良 不良 ※「良好」以外の場合は、詳細を記載してください。

副作用症状の報告 (レ点でチェック)

Grade 2 以上の副作用出現の報告 ※詳細を記載してください。

処方されている支持療法では対応が困難

Grade 3 の副作用出現が予想される

経緯・詳細 (服薬状況や副作用発現状況とそれぞれの対応等)

薬剤師からの提案

施設名

担当薬剤師

住所

〒

電話

FAX