

中津市立中津市民病院あて 服薬情報提供書（トレーシングレポート）：EGFR-TKI

報告日 年 月 日

中津市立中津市民病院 処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID： 患者名： 性別： 男 ・ 女	TEL： FAX： 担当薬剤師名
この情報を伝えることに対する同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	
<input type="checkbox"/> 患者から薬局への問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 聞き取り日時： 年 月 日（ ） 時 分 対応者： <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> 施設担当者 <input type="checkbox"/> その他（ ） 内服薬剤もしくはレジメン名：	

<有害事象発現状況について>（各項目に○をつけてください）

CTCAE		Grade1	Grade2	Grade3
下痢	下痢はなかった	1日1～3回の下痢	1日に4～6回の下痢	1日に7回以上の下痢
口内炎	口内炎はない	口内炎あるが食事は通常通りにとれている	口内炎があり食事の工夫が必要	口内炎があり痛みが強く食事ができない
倦怠感	だるさがある、または元気がない	身の回り以外の日常活動の制限がある		
皮膚掻痒	痒みや赤みはない	痒みや赤みはあるが、生活に支障はない	痒みや赤みが強く、生活に支障がある	

<ざ瘡様皮疹・皮膚乾燥> 当てはまるものにチェックをつけ、部位や範囲を記載してください

なし あり→部位【 頭部 ・ 顔面 ・ 体幹 ・ 手足 ・ その他（ ）】
症状の範囲（ ）

<間質性肺疾患> 以下の項目は1つでもチェックがある場合には電話で報告をお願いします。

空咳 息苦しさ・呼吸がしにくい 発熱

薬剤師としての提案事項とコメントを必ず記載をお願いします。

中津市民病院 薬剤科 返信欄	電子カルテ取り込み薬剤師印
<input type="checkbox"/> 報告内容を電子カルテに取り込み、処方医のパスBOXに届けました。 <input type="checkbox"/> 中止基準の可能性が高いため、当院より患者さんに連絡を致します。 <input type="checkbox"/> この内容は疑義照会をお願いします。	確認薬剤師 印 （ ）