

赤心堂病院 薬剤科 御中

報告日: 年 月 日

# 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 科		保険薬局 名称	
先生 御机下		所在地	
処方箋発行日		電話番号	
患者ID		FAX番号	
患者氏名		担当薬剤師名	

この情報を伝えることに対して患者の同意を  得た。  得ていない。  
 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。

薬局での確認日 /  
 区分

- 服薬状況に関する報告     
  残薬調整に関する報告     
  処方内容に関する報告  
 体調変化     
  副作用発現     
  その他

		確認日					詳細
		/	/	/	/	/	
副作用発現状況	PS(ECOG)						
	食事摂取量						
	食欲不振						
	嘔吐						
	悪心						
	倦怠感						
	口腔粘膜炎						
	神経系障害						
	爪障害						
	皮膚障害						
	手足症候群						
	便秘						
	下痢						
	脱毛						

日常生活・詳細・備考