**湘南鎌倉総合病院(オンコロジーセンター)**

**FAX：0467-46-9875**

保険薬局→オンコロジーセンター→担当医

**トレーシングレポート（癌化学療法）**

報告日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者ＩＤ** |  | **保険薬局名** |  |
| **患者氏名** |  | **報告者** |  |
| **生年月日** |  | **TEL** |  |
|  | | **ＦＡＸ** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **聞き取り日** | 年 　月 日 | **対象者** | □本人　　□家族 |
| **聞き取り方法** | □薬局聞き取り　　□電話　　□在宅訪問 | | |
| この情報を伝える事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、治療上重要と思われるため報告します | | | |
| **レジメン名** |  | | |

|  |
| --- |
| **情報共有内容** |
| □副作用　　□服薬状況(アドヒアランス)　　□服薬指導内容　　□その他（　　　　　　） |
| 副作用項目：□皮膚症状　　□口内炎　　　□下痢　　　□嘔気嘔吐　　□食欲不振  □浮腫　　　　□全身倦怠感　□その他（　　　　　　　　　） |
| 詳細： |

|  |
| --- |
| **薬局からの提案内容** |
|  |

**※次回診療時の情報提供を記載してください**

**※38℃以上の発熱等、緊急性のある場合は直接当院に電話でご連絡ください。**

**※当院で実施している化学療法レジメンはHPにて公開しています**

湘南鎌倉総合病院　オンコロジーセンター

TEL：0467-46-1717（代表）