

沖縄赤十字病院 薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

【ゼローダ錠】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者氏名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師： 印

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

■ 処方せん発行日： 年 月 日 処方医： _____

【ゼローダ治療ダイアリー】

☐記入している ☐記入していない

【服薬状況】

☐フッ化ピリミジン系薬剤・ワーファリン・フェニトインを服用していないか（1週間以上）☐用法用量を守って服用できている ☐休薬期間をしっかりと守れている☐しばしば服薬しないことがある ☐休薬中（ / ～）

※しばしば服薬しないことがある、休薬中に該当した場合

理由：☐飲み忘れ ☐治療に消極的☐副作用の発現（ ）☐その他（ ） 残薬数： _____錠

【副作用の評価】

（治療開始前からあった症状は悪化した場合のみ「あり」として下さい、悪化がなければ「なし」に✓してください）

- ・悪心・嘔吐 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・食欲低下 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・疲労感 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・口内炎 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・体重低下 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・下痢 ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・掌・足底の乾燥・ひび割れ ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・掌・足底の痛み・腫れ ☐なし☐あり（発現時期： / ～、詳細： ）
- ・その他（ ）

その他の報告事項・薬剤師としての提案事項

<注意>

FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。