

イブランス ページニオ 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 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
	担当薬剤師名: <span style="float: right;">印</span>
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋発行日: 年 月 日		聞きとり日: 年 月 日			
副作用モニタリング (有害事象共通用語基準v5.0)					
症状	発現時期	0	1	2	3
発熱		なし	37.5-39℃	39-40℃	>40℃
呼吸困難		なし	中等度の労作に伴う息切れ	極めて軽度の労作に伴う息切れ	安静時の息切れ
咳嗽		なし	市販の医薬品を要する	身の回り以外の日常生活動作の制限	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感		なし	だるさがある	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさ	身の回りの日常生活動作を制限するだるさ
下痢		なし	普段より1~3回/日多い	普段より4~6回/日多い	普段より7回/日以上多い
悪心		なし	吐き気はあったが食事摂取量は変わらず	吐き気で食事量が減った	吐き気で食事が摂れない
口腔粘膜炎		なし	軽度の痛み治療を要さない	痛みを認め食事に工夫を要する	痛みが強く食事が摂れない
アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良( )					

※色がついている部分に該当した場合、患者さんに病院へのご相談を促して下さい。  
 そのうえでFAX対応をお願い致します。  
 泉大津急性期メディカルセンター： 電話番号 0570-021199

副作用に関する具体的な内容
返信欄
<input type="checkbox"/> 報告内容を受信し、処方医へ報告します <input type="checkbox"/> その他
担当薬剤師名:

※この情報伝達は疑義照会ではありません