

ロンサーフ：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から7日目頃

報告日： 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【副作用確認】 ※該当する症状に○を記載してください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

悪心		食事/飲水ができない	下痢		1日8回の下痢
間質性肺炎		発熱			腹痛を伴う下痢
		空咳			血便・黒色便
		息切れ（労作時）			激しい嘔吐
倦怠感		日常生活を過ごせない			水分摂取不可
口内炎		びまん性の症状がある	好中球減少		激しい倦怠感
		食事ができない			発熱

上記の症状を確認した場合、

「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」

その上でFAX 対応をお願い致します。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

制吐剤、ロペラミド等の使用方法、使用状況など

【特記事項】

◆制吐剤の使用状況

- ☐ 制吐剤を定期服用している
- ☐ 制吐剤は頓服であるが、定期服用への変更が必要
- ・1日の服用回数： _____ 回
- ・制吐剤の効果：☐ 効果あり ☐ 不十分
- ☐ 制吐剤は頓服で問題ない
- ☐ 未使用

◆食事摂取状況

- ・☐ 通常通り ☐ 少し減っている ☐ 半分以下まで減っている