



<注意>このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。

大阪はびきの医療センター 御中

報告日: 年 月 日

**抗線維化薬【オフエブ®・ピレスパ®】専用**  
**薬剤情報提供書（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）
処方日:	電話番号:
患者ID:	FAX番号:
患者名:	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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 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。	

使用薬剤		オフエブ ( ) mg・ピレスパ ( ) mg
【指導日】・【指導回数】		【 月 日】・【初回・2回目以降 ( ) 回】
有害事象	症状有無【開始時】 【2回目以降: 前回指導時と比較】	詳細
食欲不振	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	
体重減少	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	服用開始時からの減少幅 ( ) kg
嘔気・嘔吐	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	
下痢	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	下痢対応フローチャートに則って対応できているか: (はい・いいえ) 下痢止め(ロペラミド)の内服状況:
めまい・ふらつき・倦怠感	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	
光線過敏症	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	紫外線対策が実施できているか (はい・いいえ)
その他 ( )	有(変化なし)・有(悪化傾向)・有(改善傾向)・無	

残薬 (併用薬含む)	有 ・ 無	薬剤名: ( ) ( )日分 or 回分、( ) ( )日分 or 回分 ( ) ( )日分 or 回分、( ) ( )日分 or 回分
残薬調整の必要性	有 ・ 無	理由: 飲み忘れ・頓服未使用・ その他 ( )

備考 (提案事項等)	
------------	--

\*\*\*\*\*病院記入欄\*\*\*\*\*

報告内容を確認しました。(電子カルテにスキャナ取り込みしました。)

報告内容を医師へ伝えました。(電子カルテに記載しました。)

その他 ( )

記入日: 年 月 日 薬剤師: