

がん化学療法に関するトレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医： _____ 科 _____ 先生 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID		保険薬局名	
患者名	様	担当薬剤師	
		TEL :	FAX :
生年月日	年 月 日	レジメン名 :	
患者、代諾者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします		
聞き取り日	年 月 日	聞き取り方	<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()
処方箋交付日	年 月 日	アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()

有害事象報告 (CTCAEv5.0)

症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3 (電話連絡)	発現時期
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24時間に1-2回	<input type="checkbox"/> 24時間に3-5回	<input type="checkbox"/> 24時間に6回以上	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベースラインより1-3回/日の増加	<input type="checkbox"/> ベースラインより4-6回/日の増加	<input type="checkbox"/> ベースラインより7回以上/日の増加	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期に下剤の使用や食事の工夫	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸を定期的使用	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の痛みで食事摂取量は変わらない	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食事に工夫を要する	<input type="checkbox"/> 痛みが強く食事が摂れない	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度のだるさ、または元気がない	<input type="checkbox"/> 中等度のだるさで日常生活に一部制限	<input type="checkbox"/> 高度のだるさで日常生活に支障がある	
しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痺れがあるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 痺れにより動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 痺れにより日常生活に支障がある	
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化 (紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚変化、日常生活に支障がある	
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の10%以下	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30% 動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 体表面積の30%以上、疼痛・灼熱感を伴い日常生活に支障がある	
動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状はないが、検査値や画像検査にて心臓の異常がある	<input type="checkbox"/> 中等度の活動や労作で症状がある	<input type="checkbox"/> 安静時またはわずかな活動や労作でも症状がある	
その他の症状	<input type="checkbox"/>				

【保険薬局 担当薬剤師からの情報提供】 提案事項 あり なし

上記の通り、ご報告いたします。

【病院薬剤部 返信欄】

内容確認しました。 医師等に報告・情報共有しました。

返信日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者： _____

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

Grade3以上の症状がある場合や緊急性のある問い合わせは電話連絡、疑義照会は通常通りFAXにてお願いします。