



がん化学療法用トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御机下 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	印
生年月日	年 月 日	TEL :	FAX :
患者または代諾者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄 :	<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"/> 来院時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )
レジメン名		アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )

副作用モニタリング (有害事象共通用語基準)

症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3(TELして下さい)	発現時期
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	
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	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より1~3回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より4~6回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より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"/> 日常生活に支障をきたす頑固な便秘	
関節・筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛があるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 疼痛により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛により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	
皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占め、皮膚の圧痛を伴わない	<input type="checkbox"/> 体表面積の10~30%を占め、皮膚の圧痛を伴う	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占め、口腔内や陰部のびらんを伴う	
嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状があるが、通常食の摂取が可能	<input type="checkbox"/> 症状があり、摂食/嚥下に変化がある	<input type="checkbox"/> 摂食/嚥下に高度の変化がある	
構語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度に不明瞭な発語	<input type="checkbox"/> 中等度の発語障害または不明瞭な発語	<input type="checkbox"/> 高度の発語障害または不明瞭な発語	
眼瞼下垂・複視	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		息切れ・咳嗽(乾性)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
口渇	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( °C)	
多飲・多尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

薬剤師からの情報提供

--

具体的な有害事象内容や指示した対処法、次回外来時に処方提案したい内容

上記の通り、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。
------------------------------------

病院薬剤師記入欄 薬局へ連絡： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 対応薬剤師： \_\_\_\_\_

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、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、疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

対応希望期日がある際は記載をお願いします。