



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 ()
分類	<input type="checkbox"/> 副作用の報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 支持療法に関する処方提案 <input type="checkbox"/> その他 ()		

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	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	
味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化	-	
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	
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に使用	<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	
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%	<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%、疼痛、灼熱感を伴い日常生活に支障がある	
爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 浮腫や紅斑	<input type="checkbox"/> 疼痛、浸出液、爪の分離により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴い日常生活に支障がある	
疼痛	<input type="checkbox"/>	部位 : _____ NRS : _____	鎮痛剤使用状況 : _____		

薬剤師からの情報提供、次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象内容や指示した対処法

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。