

【がん薬物療法(共通)】服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地	
患者ID:	TEL:	FAX:
患者名:	担当薬剤師名:	印

聞き取り日時: 月 日 Day

がん薬物療法()に関する薬学的管理(副作用評価及び服薬指導)を行いました。
下記の通り、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。

【副作用の評価(※ 症状が「あり」の場合は、電話での速やかな報告もお願いします)】

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ・骨髄抑制(好中球減少・血小板減少・ヘモグロビン減少) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり(受診日以外の検査値について) |
| ・発熱(38度以上) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・感染症様症状(喉の痛み, 排尿時痛) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・呼吸困難・息切れ・空咳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・直近における肝機能・腎機能の急激な悪化 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり(受診日以外の検査値について) |
| ・浮腫・急激な体重の増加(3日以内に2kg以上の増加) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり(体重:() kg→()) |

症状	Grade1	Grade2	Grade3(※症状の詳細を下記に記入)
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> <4回/日の排便回数の増加	<input type="checkbox"/> 4-6回/日の排便回数の増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 7回以上/日の排便回数の増加; 便失禁; 身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不定期または間歇的な症状; 緩下薬, 浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または官庁の定期的使用を要する持続的な症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 適弁を要する頑固な便秘; 身の回りの日常生活動作の制限
食欲不振 吐き気	<input type="checkbox"/> なし <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, 脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入院を要する
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間に1-2エピソードの嘔吐(5分以上の間隔が開いた嘔吐)	<input type="checkbox"/> 24時間に3-5エピソードの嘔吐(5分以上の間隔が開いた嘔吐)	<input type="checkbox"/> 24時間に6エピソード以上の嘔吐(5分以上の間隔が開いた嘔吐)
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状がない, または軽度の症状がある; 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛; 経口摂取に支障がない; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
末梢性 ニューロパチ (しびれ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 臨床所見または検査所見のみ	<input type="checkbox"/> 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限
筋肉痛, 関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛; 身の回りの日常生活動作の制限
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱; 社会心理学的な影響を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱; 身の回りの日常生活動作の制限; 経口抗菌薬を要する局所の重複感染
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占めるが紅斑やそう痒を伴わない	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占め, 紅斑またはそう痒を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占め, そう痒を伴う; 身の回りの日常生活動作の制限
爪囲炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 爪壁の浮腫や紅斑; 角質の剥離	<input type="checkbox"/> 局所的処置を要する; 内服治療を要する; 疼痛を伴う爪壁の浮腫や紅斑; 滲出液や爪の分離を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 外科的処置や抗菌薬の静脈内投与を要する; 日常生活動作の制限
手掌・足底 発赤,知覚 不全症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(紅斑, 浮腫, 角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(角質剥離, 水疱, 出血, 浮腫, 角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(角質剥離, 水疱, 出血, 浮腫, 角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限
疲労感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労; 身の回りの日常生活動作の制限

症状の詳細・その他の症状:

服薬状況:

薬剤師としての提案報告事項、その他の報告事項

<注意>トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常の通り電話にてお願いします。

【必要時返信欄(医師記入欄)】

報告内容を確認 次回から提案通りの内容に変更 現状のまま継続し、経過観察

医師からのコメント