

がん化学療法服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医	科	先生 御机下	保険薬局 名称・住所
患者ID			
患者氏名			
情報提供に対して患者の同意を ( <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない )			TEL :
<input type="checkbox"/> 報告を拒否しているが治療上必要と思われるため報告する			FAX :
			担当薬剤師 :
治療薬 (レジメン名・薬剤名) :			治療日 : 月 日
聞き取り日 : 月 日			
聞き取り方法 : <input type="checkbox"/> 指導時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ			
対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

提案・その他コメント

副作用の評価						
※CTCAEの内容を簡易的に記載しております。詳細はCTCAE (最新版) を参考にご記載ください						
有害事象	G0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	G4	備考
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		接触習慣に影響ない食欲低下	顕著な体重減少,脱水又は栄養失調を伴わない摂取量の減少	カロリーや水分の摂取が不十分,TPNの導入等入院を要する	—	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		治療を要さない	静脈内輸液を要する,内科的治療を要する	TPNの導入等入院を要する	生命を脅かす	
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		接触習慣に影響ない食欲低下	顕著な体重減少,脱水又は栄養失調を伴わない摂取量の減少,経口栄養剤を要する	顕著な体重減少,脱水又は栄養失調を伴う,静脈内輸液等を要する	緊急処置を要する	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		症状なし又は軽度	経口摂取に支障がない中等度の疼痛,食事の変更を要する	高度の疼痛,経口摂取に支障あり	緊急処置を要する	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		怠さがある,または元気がない	身の回り以外の生活動作に支障あり	身の回りの生活動作に支障あり	—	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		下剤や浣腸又は食事の工夫が不定期に必要	下剤や浣腸の定期的使用が必要,身の回り以外の生活動作に支障あり	排便を要する,身の回りの生活動作に支障あり	緊急処置を要する	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		ベースラインと比べて<4回/日の排便増加,人工肛門では軽度の増加	ベースラインと比べて4-6回/日の排便増加,人工肛門では中等度の増加,身の回り以外の生活動作に支障あり	ベースラインと比べて7回以上の排便の増加,人工肛門では高度の増加,身の回りの日常動作に支障あり	緊急処置を要する	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		軽度の症状	中等度の症状,身の回り以外の生活動作に支障あり	高度の症状,身の回りの生活動作に支障あり	—	
手足症候群 (手掌足底発赤知覚不全症候群)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化	疼痛を伴う変化,身の回り以外の生活動作に支障あり	疼痛を伴う高度な皮膚の変化,身の回りの生活動作に支障あり	—	
皮膚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		症状なし又は軽度,治療を要さない	中等度,非侵襲的な治療を要する,身の回り以外の生活動作に支障あり	重症だがただちに生命を脅かすものではない,身の回りの生活動作に支障あり	緊急処置を要する	
高血圧 (※成人における評価。小児や青年期はCTCAEを参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
症状なし		収縮期120-139mmHgまたは拡張期80-89mmHg	(ベースラインが正常の場合) 収縮期140-159mmHgまたは拡張期90-99mmHg,現行の治療内容の変更が必要,症状を伴う>20mmHgの上昇,単剤での治療を要する	収縮期≧160mmHgまたは拡張期≧100mmHg,2剤以上の追加または以前より強い治療を要する	緊急処置を要する	
※内服の抗がん剤または支持療法がある場合 服薬状況 : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 (不良である場合) その原因 : <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 残薬調整 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (対象薬剤 : )						

【病院側返信欄】

報告内容を確認しました  次回診察時にご報告内容を検討いたします  介入し、以下の通りになりました

その他コメント

対応日 : 年 月 日  
 対応者氏名 :