報告日：　年　　月　　日

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775

がん薬物療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　 科先生　 | 情報提供元保険薬局名称 |
| 患者ID：患者名：生年月日： | 電話番号：059-●●●-●●●● |
| FAX番号：059-●●●-●●●● |
| 担当薬剤師名：印 |

がん薬物療法（　　　　　　　　　　　　　）に関する薬学的管理を行いました。

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方箋発行日： | 調剤日： | 確認日： |
| 【副作用の評価（※　　 の症状が「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）□なし □あり（受診日以外の検査値異常）・ 発熱（38 度以上） □なし □あり・ 感染症様症状（喉の痛み、排尿時痛） □なし □あり・ 呼吸困難・息切れ・空咳 □なし □あり・ 直近における肝機能・腎機能の急激な悪化 □なし □あり（受診日以外の検査値異常）・ 浮腫・急激な体重の増加（３日以内に２kg 以上の増加）□なし □あり（体重：（　/　） kg→（　/　） kg） |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **症状** | **Grade1** | **Grade２** | **Grade3（※症状の詳細を下記に記入）** |
| **下痢** | □なし | □ | ＜4 回/日の排便回数の増加 | **□** | 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 | □ | 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** | □なし | □ | 不定期または間欠的な症状；緩下薬、浣腸を不定期に使用 | □ | 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状；身の回り以外の日常生活動作の制限 | □ | 摘便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** | □なし | □ | 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下 | □ | 顕著な体重減少,脱水または栄養失調を伴わない経口摂食量減少 | □ | 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** | □なし | □ | 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） | □ | 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） | □ | 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** | □なし | □ | 症状がない、または軽度の症状がある；治療を要さない | □ | 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 | □ | 高度の疼痛；経口摂取に支障がある |
| **しびれ** | □なし | □ | 臨床所見または検査所見のみ | □ | 中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限 | □ | 高度の症状；身の回りの日常生活動作の制限 |
| **ざ瘡様皮疹** | □なし | □ | 体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱 | □ | 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 | □ | 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** | □なし | □ | 体表面積の<10%を占めるが紅斑やそう痒は伴わない | □ | 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 | □ | 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** | □なし | □ | 爪壁の浮腫や紅斑；角質の剥離 | □ | 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 | □ | 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** | □なし | □ | 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） | □ | 疼痛を伴う皮膚の変化（角層剥離,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 | □ | 疼痛を伴う高度の皮膚の変化（角層剥離,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** | □なし | □ | 休息により軽快する疲労 | □ | 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 | □ | 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・その他の症状薬剤師としての提案事項・その他の報告事項 |

＜注意＞

・FAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。