

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775



報告日： 年 月 日

### 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 :	電話番号 : 059-●●●●-●●●●
患者名 :	FAX 番号 : 059-●●●●-●●●●
生年月日 :	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	<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"/> 不定期または間欠的な症状；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	<input type="checkbox"/> 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	<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
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
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；経口抗生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は伴わない	<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"/> 外科的処置や抗生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	<input type="checkbox"/> 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	<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

#### 薬剤師としての提案事項・その他の報告事項

#### <注意>

・ FAX による情報伝達は、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。