

鳥取県立厚生病院薬剤部 御中

報告日: 年 月 日

抗悪性腫瘍薬 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・所在地	
患者ID:	電話番号	
患者名: 年齢: _____	FAX番号	
住所:	担当薬剤師	印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得た <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします		

≪ 報告内容 ≫

<input type="checkbox"/> 処方薬の情報	<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況 (アドヒアランス) 及びそれに対する指導に関する情報
<input type="checkbox"/> 併用薬剤等 (要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む) の情報	
<input type="checkbox"/> 患者の訴え (アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報	
<input type="checkbox"/> 症状等に関する家族、介護者からの情報	<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

【内容】 (※提案もあれば記載してください)

『医療機関記入欄』	<input type="checkbox"/> 電子カルテで連絡 (スキャン依頼)	<input type="checkbox"/> 担当医へメールまたは電話で連絡
保険薬局返信時に使用		
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 現状のまま継続し、経過観察します。		
フリー欄		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
年 月 日	返信者	

<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でお願いします。



内服抗がん薬の服用状況：□良 □不良（飲み忘れ回数 回 その他： ）

症状に関する情報

有害事象	CTCAE グレード	評価内容
食欲不振		① 食事摂取量 割（抗がん剤開始前と比較） ② 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ③ ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく ④ 体重減少（現在のクール開始日より－ kg）
悪心（吐き気）		① 吐き気の頻度：なし、ほとんどなかった、ときどき、頻繁、ほとんどいつも ② 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い
嘔吐		① 嘔吐の頻度：なし、1日1～2回、1日3～5回、1日6回以上 ② 支持療法 □吐き気止めの服用を指示した □吐き気止めの服用について再度説明した
口の中や喉の痛み		① 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく ③ 支持療法の有無：なし、あり（内容： ）
下痢		① 下痢の頻度：ない、ほとんどなかった、ときどき、頻繁に、ほとんどいつも ② 一番多かった時： 回/日 プリストルスケール： ③ ロペラミド内服頻度： 回/日 残数： 錠・カプセル ④ 支持療法： □下痢止めの服用を指示した □下痢止めの服用について再度説明した
全身倦怠感 （だるさ）		① 一番ひどい時の程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
皮膚症状 （手足症候群、皮疹など）		① 皮膚の痒みの一番ひどかった時：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② 手足症候群（ひび割れ、皮がむける、赤くなる、痛み）：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ③ 支持療法 □軟膏の塗布を指示した □軟膏の適正使用について再度説明した
末梢神経障害 （手足の痺れやピリピリ感）		① 一番ひどい時の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
咳・息切れ		① 咳のひどさ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
筋力低下(力が入りにくい)		① 症状の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い
口渇（多飲）		① 症状の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い
□便秘：（有・無） □流涙：（有・無） □浮腫（有・無） □味覚異常：（有・無） □発熱：（有・無）		

その他の症状