



FAX : 0234-26-5101 (日本海総合病院薬剤部)

日本海総合病院 御中

報告日: 年 月 日

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:
患者 ID: 生年月日 年 月 日生	TEL:
患者名:	FAX:
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	E-mail:
アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(飲み忘れ 回)	担当薬剤師:
分類: <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方に関する提案 <input type="checkbox"/> その他()	
介入: <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者 <input type="checkbox"/> 患者→薬局(問い合わせ)	
<input type="checkbox"/> 情報提供に関して、患者の同意を得た。	
<input type="checkbox"/> 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

※自覚症状のある項目について、Grade評価をお願いします。詳細はCTCAE ver. 5.0を参照ください。

※Grade3の有害事象発現がみられる場合や38℃以上の発熱がある場合には受診勧奨を行ってください。

有害事象	自覚症状	Grade1	Grade2	Grade3	発現日
発熱	℃				
息切れ		<input type="checkbox"/> 息切れすることがある	<input type="checkbox"/> 軽い動作で息切れする	<input type="checkbox"/> 安静時に息切れする	
高血圧		<input type="checkbox"/> 120-139 / 80-89 mmHg	<input type="checkbox"/> 140-159 / 90-99 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥160 / ≥100 mmHg	
口内炎		<input type="checkbox"/> 違和感/少しの痛み	<input type="checkbox"/> 痛みにより、食べにくい	<input type="checkbox"/> 痛みにより、食べられない	
悪心		<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食事量減少/体重減少	<input type="checkbox"/> 食べられない	
嘔吐		<input type="checkbox"/> 1~2回/日	<input type="checkbox"/> 3~5回/日	<input type="checkbox"/> 6回以上/日	
皮膚障害		<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 日常生活に少し支障がある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
手足症候群		<input type="checkbox"/> 赤み/腫れがある	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
末梢神経障害		<input type="checkbox"/> ほとんど症状がない	<input type="checkbox"/> 日常生活に少し支障がある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
便秘		<input type="checkbox"/> 下剤/浣腸を使用(不定期)	<input type="checkbox"/> 下剤/浣腸を使用(定期)	<input type="checkbox"/> 排便が必要	
下痢		<input type="checkbox"/> 1~3回/日 増加	<input type="checkbox"/> 4~6回/日 増加	<input type="checkbox"/> 7回以上/日 増加	
倦怠感		<input type="checkbox"/> 休息で回復する	<input type="checkbox"/> 休息によって回復しない	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
浮腫		<input type="checkbox"/> むくみがある	<input type="checkbox"/> 体重増加/しわの消失	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	

<薬剤師から提案・コメント>

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。