

# がん化学療法 服薬情報提供書記載例

↑ FAX: 0234-26-5137 (日本海総合病院薬剤)

日本海総合病院 御中 報告日: 20XX年 X月 X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: <input type="radio"/> 科 <input type="checkbox"/> 先生 御机下	保険薬局名: <input type="checkbox"/> 調剤薬局
患者ID: 123456 生年月日 800年 0月 0日生	TEL: 1234-56-0000
患者名: <input type="checkbox"/> 様	FAX: 1234-56-XXXX
対応者: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ 回)	担当薬剤師: <input type="checkbox"/> 科 <input type="checkbox"/> 科

分類: 有害事象 服薬状況 処方に関する提案 その他( )

介入: 投薬時 薬局一患者 患者一薬局 (問い合わせ)

情報提供に関して、患者の同意を得た。

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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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	09/04
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/浚腸を使用(不定期)	<input type="checkbox"/> 下剤/浚腸を使用(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>  
 XELOX療法にて治療中にて患者さんより嘔吐と下痢の発症が認められたため、処方した薬剤の調整を行いました。カプレタピドにて手足症候群 Grade1と評価し、手指50%保護剤による対応を予定しました。  
 次回診察時に症状の経過を確認いたします。2552712572700-32221206です。

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある場合には疑義照会にてお問合せください。

日本海総合病院 がん化学療法服薬情報提供書 20221118

この情報提供書でいただいた内容は、緊急性がなく次回診察時に医師に検討していただくことを目的としています。緊急性のあるもの（その日のうちに対応が必要、次回診察時では間に合わない）については、通常の疑義照会にてお問合せください。

各項目を記載、チェックしてください。

**有害事象の報告について**

- 有害事象共通用語規準 (CTCAE) に従い、チェックしてください。
- 項目がないものについては、下のコメント欄を利用してください。