

【服薬情報提供書(がん薬物療法)】トレーシングレポート

| | | |
|------------|---------|-------------|
| 担当医: 先生 | 科 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者 ID: | 電話番号: | FAX 番号: |
| 患者名: | 担当薬剤師名: | |

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
 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。

がん薬物療法(療法)に関する薬学的管理(副作用評価及び服薬指導)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。

化学療法実施日【 月 日】、化学療法実施後【 日目】時点での確認事項は以下の通りです。

【副作用の評価(※ の症状がある場合には、電話での速やかな報告もお願いします)】

- ・発熱(38℃以上)
- ・感染症様症状(喉の痛み、排尿時痛)
- ・呼吸困難・息切れ・空咳
- ・浮腫・急激な体重の増加(3日以内に2kg以上の増加)

緊急連絡先:(0533)86-1111 (代表) 化学療法センター

| 症状 | | Grade1 | Grade2 | Grade3 |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> 排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 間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする) | <input type="checkbox"/> 24時間に3-5エピソードの嘔吐(5分以上 間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする) | <input type="checkbox"/> 24時間に6エピソード以上の嘔吐(5分以上 間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードと する): TPNまたは入院を要する |
| 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%を占める紅色丘疹または 膿疱: 身の回り以外の日常生活動作の制限: 経口抗真菌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: 身の回り以外の日常生活動作の制限 |
| 爪囲炎 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 爪襞の浮腫や紅斑;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 爪襞の浮腫や紅斑;浸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"/> 外科的処置や抗真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 | <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 (角質剥離、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 (角質剥離、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: _____ (CTCAEv5.0 JCOGを一部改変。※嘔吐のみ CTCAEv4.0に準拠)

