

【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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。		
<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。		

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)】			
<ul style="list-style-type: none"> ・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)

