



がん化学療法用トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医： 科 先生御机下 報告日 R 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	印
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	TEL :	FAX :
患者または代諾者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄 :	<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします	
聞き取り日	R 年 月 日	聞き取り方	<input type="checkbox"/> 来院時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()
レジメン名		アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
分類	<input type="checkbox"/> 副作用の報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 支持療法に関する処方提案 <input type="checkbox"/> その他 ()		

副作用モニタリング (有害事象共通用語基準 v5.0)

症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3	発現時期
悪心		摂食習慣に影響のない食欲低下	顕著な体重減少や 栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	カロリーや水分の経口摂取が不十分	
食欲不振		摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 or 経口栄養剤を使用	顕著な体重減少または栄養失調を伴う or 点滴が必要	
味覚障害		食生活の変化を伴わない味覚変化	食生活の変化を伴う味覚変化	-	
口腔粘膜炎		軽度の痛みで食事摂取量は変わらない	痛みがあり食事に工夫を要する	痛みが強く食事が摂れない	
倦怠感		軽度のだるさまたは元気がない	中等度のだるさで日常生活に一部制限	高度のだるさで日常生活に支障をきたす	
下痢		普段より1~3回/日の増加	普段より4~6回/日の増加	普段より7回以上/日の増加	
便秘		不定期に下剤の使用や食事の工夫	緩下薬または浣腸を定期的に使用	日常生活に支障をきたす頑固な便秘	
関節・筋肉痛		軽度の疼痛	中等度の疼痛	高度の疼痛で日常生活に支障をきたす	
しびれ		多少痺れがあるが日常生活に支障がない	痺れにより動作に支障を認める	痺れより日常生活に支障がある	
手足症候群		疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化 (紅斑, 浮腫, 角質増殖症)	疼痛を伴う皮膚の変化 (角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫)	疼痛を伴う高度の皮膚の変化 日常生活に支障をきたす	
皮膚乾燥		体表面積の<10%, 紅斑やそう痒は伴わない	体表面積の10-30% 紅斑またはそう痒を伴う	体表面積の>30%, そう痒を伴う	
疼痛		軽度の疼痛 (部位 :)	中等度の疼痛 (部位 :)	高度の疼痛 (部位 :)	

薬剤師からの情報提供、次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象の内容や指示した対処法

上記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

病院薬剤師記入欄

薬局へ連絡： R 年 月 日 対応薬剤師：