FAX：023-615-0586 (薬局専用)

山形市立病院済生館　御中　　　　　　　　　　報告日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

**抗がん剤 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：  TEL：  FAX：  E-mail: |
| 患者ID：　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日生  患者名：  対応者：□本人　　□家族　　□その他( 　　 )  アドヒアランス：□良　　□不良（飲み忘れ　　　　　　回） |
| 担当薬剤師： |
| 分類：□有害事象　　□服薬状況　 □処方に関する提案　　□残薬調整　　□その他（ ）  　　　□特定薬剤管理指導加算2に関する情報提供 | |
| 介入：□投薬時 　　□薬局→患者 □患者→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。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **自覚症状** | **Grade1** | **Grade2** | **Grade3** |  |
| **有害事象** | **症状なし** | **治療を必要としない** | **身の回り以外の日常生活動の制限** | **身の回りの日常生活動作の制限** | **発現日** |
| 発熱 | ℃ |  |  |  |  |
| 息切れ |  | □　息切れすることがある | □ 軽い動作で息切れする | □ 安静時に息切れする |  |
| 高血圧 |  | □ 120-139 / 80-89 mmHg | □ 140-159 / 90-99 mmHg | □ ≧160 / ≧100 mmHg |  |
| 口内炎 |  | □ 違和感/少しの痛み | □ 痛みにより、食べにくい | □ 痛みにより、食べられない |  |
| 悪心 |  | □ 食欲低下 | □ 食事量減少/体重減少 | □ 食べられない |  |
| 嘔吐 |  | □ 1〜2回/日 | □ 3〜5回/日 | □ 6回以上/日 |  |
| 皮膚障害 |  | □ 軽度 | □ 日常生活に少し支障がある | □ 日常生活に支障がある |  |
| 手足症候群 |  | □ 赤み/腫れがある | □ 痛みがある | □ 日常生活に支障がある |  |
| 末梢神経障害 |  | □ ほとんど症状がない | □ 日常生活に少し支障がある | □ 日常生活に支障がある |  |
| 便秘 |  | □ 下剤/浣腸を使用（不定期） | □ 下剤/浣腸を使用（定期） | □ 摘便が必要 |  |
| 下痢 |  | □ 1～3回/日　増加 | □ 4～6回/日　増加 | □ 7回以上/日　増加 |  |
| 倦怠感 |  | □ 休息で回復する | □ 休息によって回復しない | □ 日常生活に支障がある |  |
| 浮腫 |  | □ むくみがある | □ 体重増加/しわの消失 | □ 日常生活に支障がある |  |
| ＜薬剤師から提案・コメント＞ | | | | | |

**＜注！＞緊急性が高い場合は、このFAXと薬局まで直接電話連絡をお願いします。(代表:023-625-5555)**