



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: _____
患者 ID: _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	TEL: _____
患者名: _____	FAX: _____
対応者: <input 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 type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ _____ 回)	担当薬剤師: _____
分類: <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方に関する提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 特定薬剤管理指導加算2に関する情報提供	
介入: <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者 <input type="checkbox"/> 患者→薬局 (問い合わせ)	
<input type="checkbox"/> 情報提供に関して、患者の同意を得た。 <input type="checkbox"/> 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作の制限	身の回りの日常生活動作の制限
悪心・食欲不振		<input type="checkbox"/> 食欲は落ちるが食事はとれる	<input type="checkbox"/> 食事量減少/体重ほぼ変わらず	<input type="checkbox"/> 食べられない/体重減少あり
嘔吐		<input type="checkbox"/> 1~2 回/日	<input type="checkbox"/> 3~5 回/日	<input type="checkbox"/> 6 回以上/日
口内炎		<input type="checkbox"/> 口内炎はあるが様子がみれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあって、食事がとりづらい	<input type="checkbox"/> 痛みが強くて、食事がとれない
味覚障害		<input type="checkbox"/> 食事内容は変わらない	<input type="checkbox"/> 食事内容が変わった	
便秘		<input type="checkbox"/> ときどき下剤を使用する	<input type="checkbox"/> 下剤や浣腸を定期的に使用する	<input type="checkbox"/> 頑固な便秘で支障がある
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
末梢神経障害		<input type="checkbox"/> しびれは少しあるが支障はない	<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
皮膚障害		<input type="checkbox"/> 軽度でかゆみや痛みなし	<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 type="checkbox"/> 乾燥や赤みあるが痛みはない	<input type="checkbox"/> 乾燥やひび割れで痛みがある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある
爪囲炎		<input type="checkbox"/> 赤みや腫れあるが痛みはない	<input type="checkbox"/> 赤みや腫れがあって痛みがある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある
血管炎		<input type="checkbox"/> 赤みはあったがおさまった	<input type="checkbox"/> 赤みや痛みがあって続いている	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある
脱毛		<input type="checkbox"/> かつらや帽子が必要ない	<input type="checkbox"/> かつらや帽子が必要	
浮腫		<input type="checkbox"/> 触るとわかるむくみがある	<input type="checkbox"/> 明らかにわかるむくみ/体重増加	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある
息切れ		<input type="checkbox"/> 気にならない軽い息切れあり	<input type="checkbox"/> 軽い動作で息切れすることがある	<input type="checkbox"/> 安静時でも息切れする
倦怠感		<input type="checkbox"/> 少しだるいがいつもと同じ生活可	<input type="checkbox"/> だるさで普段より活動量が減っている	<input type="checkbox"/> 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)