岩見沢市立総合病院薬剤部　FAX　0126-22-1850

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

岩見沢市立総合病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日

**がん化学療法における服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局名・所在地薬局TEL薬局FAX保険薬剤師名 印 |
| 患者ID患者名 |
| この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を　　[ ] 得た　　[ ] 得ていない[ ]  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。 |

がん化学療法（レジメン名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）に関する薬学的管理を行いました。下記の通りご報告致します。

【副作用の評価】**※　　部分にチェックがある、またはCTCAE副作用Grade3以上で緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・直近（当院受診日以外）における臓器機能の急激な悪化　 　　[ ] なし [ ] あり（[ ] 腎機能障害、 [ ] 肝機能障害）・骨髄抑制（当院受診日以外の検査値異常）　　　　　　　　　 　 　[ ] なし [ ] あり（[ ] 好中球減少、[ ] 血小板減少、 [ ] ヘモグロビン減少）・発熱（38℃以上）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　[ ] なし [ ] あり・感染症様症状（喉の痛み、排尿時痛）　　　　　　　　　　　　　 　　[ ] なし [ ] あり・呼吸困難・息切れ・空咳　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 [ ] なし [ ] あり・浮腫・3日以内に2kg以上の急激な体重増加　　　　　　　　 　　[ ] なし [ ] あり 体重：（測定日　　　）　　　　　kg→（測定日　　　　）　　　　　kg・重篤な出血（吐血・下血・喀血・血尿 等）　　　　　　　　　　　 　　[ ] なし [ ] あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症状 | 具体的な症状（症状の強さ、頻度、日常生活への影響など） | Grade＊ |
| 下痢 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 便秘 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 食欲不振・吐き気 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 嘔吐 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 口内炎 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 末梢神経障害 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 皮膚の変化 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 手足症候群 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 爪囲炎 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 疲労感 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| 高血圧 | [ ] なし [ ] あり |  |  |
| その他の症状（irAE含む） |  |

 ＊CTCAE ver.5.0にて評価 |

【提案事項・その他の報告事項】

|  |
| --- |
| （内服の抗癌剤の場合）服用状況： [ ] 継続服用できている [ ] 継続服用できていないため、詳細を下記に記載します [ ] その他（　　　　　　　　　　　）　 |

【注意】

・必ず処方箋を一緒にFAXして下さい。

岩見沢市立総合病院薬剤部　　　　　TEL0126-22-1650（内線1142）

2025年9月作成 ver.1.0