



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
患者 ID 患者名	薬局 TEL 薬局 FAX 保険薬剤師名 印
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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <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。	

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・咯血・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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
食欲不振・吐き気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
口内炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
末梢神経障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
皮膚の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手足症候群 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
爪囲炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
疲労感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
高血圧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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】

- ・必ず処方箋と一緒に FAX して下さい。