

御中

## がん化学療法用 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	
【処方箋交付日】	年	月	日
【患者 ID】			
【患者氏名】			

【保険薬局の名称・所在地】	
【TEL】	【FAX】
【担当薬剤師】	

下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

薬局から患者さんへ連絡  患者さんから薬局へ連絡(問い合わせ)

【聞き取り日】

【レジメン名】

【聞き取りした方】本人・家族・その他介護者

※ レジメン名が不明な場合は薬剤名でも可。

<input type="checkbox"/> 提案事項	<input type="checkbox"/> 報告事項
-------------------------------	-------------------------------

有害事象名	Grade*	備考	評価 前回評価日: /
食欲不振		食事量の変化: <input type="checkbox"/> あり(普段より 割減) <input type="checkbox"/> なし	新規・改善・不変・悪化
悪心		体重減少: <input type="checkbox"/> あり( kg減) <input type="checkbox"/> なし いつから:	新規・改善・不変・悪化
嘔吐		嘔吐回数: 回/日	新規・改善・不変・悪化
便秘		排便間隔: 日に1回 性状:	新規・改善・不変・悪化
下痢		排便回数: 回/日 いつから:	新規・改善・不変・悪化
口腔粘膜炎		<input type="checkbox"/> 食生活に変化なし <input type="checkbox"/> 食事内容の変更が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取が困難	新規・改善・不変・悪化
味覚不全			新規・改善・不変・悪化
末梢神経障害		部位: NRS: <input type="checkbox"/> ピリピリ <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 痛み	新規・改善・不変・悪化
手足症候群		部位: <input type="checkbox"/> 痛み	新規・改善・不変・悪化
ざ瘡様皮疹		部位: <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 掻痒	新規・改善・不変・悪化
爪囲炎		部位: <input type="checkbox"/> 痛み	新規・改善・不変・悪化
倦怠感		<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活に影響あり <input type="checkbox"/> 衣食住を伴う生活に影響あり	新規・改善・不変・悪化
			新規・改善・不変・悪化
			新規・改善・不変・悪化

\* CTCAEにて評価をお願いします。Grade2以上で介入の検討をお願いします。

### ■ 詳細・指導内容

※ 緊急を要する副作用を発見した場合の対応

【該当する副作用】

【対応】  薬剤部へ電話連絡を行った。(報告日: 年 月 日 医師からの指示:

患者さんに病院への連絡・受診を勧めた。

その他( )