



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()
アドヒアランス:	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ 回)	E-mail:
			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)			
□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作の制限	身の回りの日常生活動作の制限	発現日
発熱	℃				
息切れ		<input type="checkbox"/> 息切れすることがある	<input type="checkbox"/> 軽い動作で息切れする	<input type="checkbox"/> 安静時に息切れする	
高血圧		<input type="checkbox"/> 120-139 / 80-89 mmHg	<input type="checkbox"/> 140-159 / 90-99 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥160 / ≥100 mmHg	
口内炎		<input type="checkbox"/> 違和感/少しの痛み	<input type="checkbox"/> 痛みにより、食べにくい	<input type="checkbox"/> 痛みにより、食べられない	
悪心		<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 食量減少/体重減少	<input type="checkbox"/> 食べられない	
嘔吐		<input type="checkbox"/> 1~2 回/日	<input type="checkbox"/> 3~5 回/日	<input type="checkbox"/> 6 回以上/日	
皮膚障害		<input type="checkbox"/> 軽度	<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"/> 赤み/腫れがある	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
末梢神経障害		<input type="checkbox"/> ほとんど症状がない	<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	
便秘		<input type="checkbox"/> 下剤/浣腸を使用(不定期)	<input type="checkbox"/> 下剤/浣腸を使用(定期)	<input type="checkbox"/> 排便が必要	
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	
倦怠感		<input type="checkbox"/> 休息で回復する	<input type="checkbox"/> 休息によって回復しない	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	
浮腫		<input type="checkbox"/> むくみがある	<input type="checkbox"/> 体重増加/しわの消失	<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)