



<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会や緊急性の高い場合は、処方医へ電話にてお願いします。

がん化学療法 薬剤情報提供書 (トレーシングレポート)

処方医師 科 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">先生御侍史</div>	保険薬局 名称・所在地 TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師名 : _____
患者 ID : _____ 患者名 : _____	

- 処方医師への報告に関して患者の同意を得ました。
- 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。

レジメン (抗がん剤) _____ コース day _____

【服薬状況】 継続して服用している 時々服用できていない 休薬中

理由 : 飲み忘れ 用法用量の理解不足 副作用の発現 その他 ()

副作用発現状況

副作用の発現 なし

						発現期間
発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (°C)				_/_ ~ _/_/_
食欲不振	<input type="checkbox"/> G1 食生活の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> G2 体重減少や栄養失調を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> G3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う			_/_ ~ _/_/_
悪心	<input type="checkbox"/> G1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> G2 体重減少, 脱水/栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> G3 カロリーや水分の経口摂取が不十分			_/_ ~ _/_/_
嘔吐	<input type="checkbox"/> G1 治療を要さない	<input type="checkbox"/> G2 外来での静脈内輸血を要する; 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> G3 経管栄養/TPN/入院を要す			_/_ ~ _/_/_
倦怠感	<input type="checkbox"/> G1 だるさ、または元気がない	<input type="checkbox"/> G2 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> G3 身の回りの日常生活動作の制限			_/_ ~ _/_/_
下痢	<input type="checkbox"/> G1 ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> G2 ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> G3 ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加			_/_ ~ _/_/_
便秘	<input type="checkbox"/> G1 便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> G2 緩下剤または浣腸の定期的使用	<input type="checkbox"/> G3 排便を要する頑固な便秘			_/_ ~ _/_/_
口内炎	<input type="checkbox"/> G1 軽度の症状がある; 治療を要さない	<input type="checkbox"/> G2 経口摂取に支障がない; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> G3 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある			_/_ ~ _/_/_
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> G1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> G2 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> G3 身の回りの日常生活動作の制限			_/_ ~ _/_/_
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> G1 症状がない; 臨床所見または検査所見のみ	<input type="checkbox"/> G2 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> G3 身の回りの日常生活動作の制限			_/_ ~ _/_/_
味覚不全	<input type="checkbox"/> G1 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> G2 食生活の変化を伴う味覚変化;				_/_ ~ _/_/_
高血圧	<input type="checkbox"/> G1 収縮期 120-139 mmHg ; 拡張期 80-89 mmHg	<input type="checkbox"/> G2 収縮期 140-159 mmHg ; 拡張期 90-99 mmHg	<input type="checkbox"/> G3 収縮期 ≥160 mmHg ; 拡張期 ≥100 mmHg			_/_ ~ _/_/_
手足症候群	<input type="checkbox"/> G1 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化	<input type="checkbox"/> G2 疼痛を伴う皮膚の変化 ; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> G3 疼痛を伴う高度の皮膚の変化 ;			_/_ ~ _/_/_
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3			_/_ ~ _/_/_

➡ G3で 緊急性を要する場合には患者から病院に連絡するよう指導してください

その他報告事項

返信欄 : 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。

担当 :