

トレーシングレポート（がん治療関連服薬情報提供書）

担当医 : _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID : _____ 患者名 : _____ (生年月日 : _____)		保険薬局 名称・住所 TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師 : _____	
患者又は 代諾者から の同意	<input type="checkbox"/> 本人から同意を得た <input type="checkbox"/> 代諾者から同意を得た (続柄 : _____)		
	<input type="checkbox"/> 同意を得ていない <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。		

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 抗がん薬による副作用疑い <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 抗がん薬服薬状況 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント・健康食品	<input type="checkbox"/> 抗がん薬残薬調整
----	---	---	-----------------------------------

【上記選択肢の詳細な内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

《参考》主な副作用症状でのGrade2 (CTCAE ver5.0)

副作用は下表を参考に、これ以上に重症だが急を要さないと判断できるものなどを報告してください。

口腔粘膜炎	中等度の疼痛; 経口摂取に支障がない; 食事の変更をする
下痢	ペースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加; ペースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加
便秘	緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限
恶心	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少
嘔吐	外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する
食欲不振	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 経口栄養剤による補充を要する
末梢神経障害	中等度の症状がある; 身の回り以外の日常生活動作の制限
倦怠感	だるさ、または元気がない; 身の回り以外の日常生活動作の制限
手足症候群	疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限
高血圧	ペースラインが正常範囲の場合は収縮期血圧 140-159 mmHg または拡張期血圧 90-99 mmHg; 再発性または持続性
皮膚障害	中等症; 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する; 年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

<注意> この様式による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。また他の様式をご使用いただいても結構です。