**埼玉県済生会川口総合病院薬剤部　宛**

**（薬剤部直通**FAX:048-229-8548 TEL:048-229-8543**）**

**がん化学療法用トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

**情報提供日：（西暦）　　　　　　　年　　　 　月　　　　日**

**□回答不要です　　　□回答必要です　 添付資料：□なし　□あり（　　　　枚：この用紙を含む）**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医：　　　　　　　　　　　　　　　科****先生** | **保険薬局（名称・所在地・電話番号・FAX番号・E-MAIL ）：****報告薬剤師名：** |
| **患者番号：（8桁）****患者氏名：****生年月日：　　　　　　　　　　　　年　　　 　月　　 　　日** |
| **患者または代諾者からの同意：　□得ています。　　□得ていませんが、治療上重要と判断し情報提供します。** |
| **聞き取り日：　　　　　　　　　　　年　　　 　月　　 　　日** | **レジメン名：** |

|  |
| --- |
| **副作用モニタリング（有害事象共通用語基準）** |
| **症状** | **なし** | **Grade1** | **Grade2** | **Grade3（病院へTEL）** | **発現時期** |
| **悪心** | **□** | **□** | **摂食習慣に影響のない食欲低下** | **□** | **顕著な体重減少や栄養失調を****伴わない経口摂取量の減少** | **□** | **カロリーや水分の経口摂取が不十分** |  |
| **嘔吐** | **□** | **□** | **24時間に1～2回** | **□** | **24時間に3～5回** | **□** | **24時間に6回以上** |  |
| **味覚障害** | **□** | **□** | **食生活の変化を伴わない味覚変化** | **□** | **食生活の変化を伴う味覚変化** |  |  |  |
| **口内炎** | **□** | **□** | **軽度の痛みで****食事摂取量は変わらない** | **□** | **痛みがあり食事に工夫を要する** | **□** | **痛みが強く食事が摂れない** |  |
| **倦怠感** | **□** | **□** | **軽度のだるさまたは元気がない** | **□** | **中等度のだるさで****日常生活に一部制限** | **□** | **高度のだるさで****日常生活に支障がある** |  |
| **下痢** | **□** | **□** | **普段より1～3回/日の増加** | **□** | **普段より4～6回/日の増加** | **□** | **普段より7回以上/日の増加** |  |
| **便秘** | **□** | **□** | **不定期に下剤の使用や食事の工夫** | **□** | **緩下剤または浣腸を定期的に使用** | **□** | **日常生活に支障をきたす頑固な便秘** |  |
| **関節・筋肉痛** | **□** | **□** | **疼痛あるが日常生活に支障がない** | **□** | **疼痛により動作に支障がある** | **□** | **疼痛により日常生活に支障がある** |  |
| **しびれ** | **□** | **□** | **痺れあるが日常生活に支障がない** | **□** | **痺れにより動作に支障がある** | **□** | **痺れにより日常生活に支障がある** |  |
| **手足症候群** | **□** | **□** | **疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化****（紅斑、浮腫、角質増殖症）** | **□** | **疼痛を伴う皮膚の変化****（角層剥離,水疱,出血,亀裂,浮腫）**  | **□** | **疼痛を伴う高度の皮膚変化** **日常生活に支障がある**  |  |
| **皮疹****（ざ瘡様皮疹等）** | **□** | **□** | **体表面積の＜10％**  | **□** | **体表面積の10～30％** **動作に支障がある**  | **□** | **体表面積の＞30％,疼痛,灼熱感を** **伴い日常生活に支障がある**  |  |
| **爪囲炎** | **□** | **□** | **浮腫や紅斑** | **□** | **疼痛、浸出液、爪の分離により****動作に支障がある** | **□** | **疼痛を伴い日常生活に支障がある** |  |
| **疼痛** | **□** | **部位:　　　　　　　　NRS:　　　　　　　鎮痛剤(ﾚｽｷｭｰ)使用状況:** |  |

|  |
| --- |
| **薬剤師からの情報提供、次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象内容や指示した対処法** |

|  |
| --- |
| **＜埼玉県済生会川口総合病院薬剤部記入欄＞情報提供ありがとうございました。****□提供内容を確認し、処方医へ報告しました。****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **返信日：（西暦）　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日** | **記入者：** |