

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):
患者番号:(8桁) 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	報告薬剤師名:
患者または代諾者からの同意: <input type="checkbox"/> 得ています。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24 時間に 1~2 回	<input type="checkbox"/> 24 時間に 3~5 回	<input type="checkbox"/> 24 時間に 6 回以上	
味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化		
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の痛みで食事摂取量は変わらない	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食事に工夫を要する	<input type="checkbox"/> 痛みが強く食事が摂れない	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度のだるさまたは元気がない	<input type="checkbox"/> 中等度のだるさで日常生活に一部制限	<input type="checkbox"/> 高度のだるさで日常生活に支障がある	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より 1~3 回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より 4~6 回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より 7 回以上/日の増加	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期に下剤の使用や食事の工夫	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸を定期的に使用	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす頑固な便秘	
関節・筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛あるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 疼痛により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛により日常生活に支障がある	
しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痺れあるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 痺れにより動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 痺れにより日常生活に支障がある	
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化(紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の < 10%	<input type="checkbox"/> 体表面積の 10~30% 動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 浮腫や紅斑	<input type="checkbox"/> 疼痛、浸出液、爪の分離により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴い日常生活に支障がある	
疼痛	<input type="checkbox"/>	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: