

FAX番号 03-3433-5828

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

東京慈恵会医科大学附属病院 薬剤部 行

報告日: 年 月 日 ( )

## がん化学療法 連携情報提供書(トレーシングレポート)

診療科:	科	担当医:	先生 御机下
患者氏名:	様(ID: )	聞き取り日:	年 月 日 ( )
保険薬局 名称:	電話番号:	担当薬剤師:	
対応者:	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	患者または家族の同意:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
レジメン名:			

## ①有害事象評価

有害事象	未確認	無	有	Grade※	症状・指導内容など
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 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(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明 コメント:
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明 コメント:
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加(Grade2) 頻度: 回/日 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示 <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について説明 コメント:
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀(Grade2) 頻度: 日/回、腹部膨満感:(有・無) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 下剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 下剤の服用について説明 コメント:
末梢神経 障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 痺れの原因となる薬剤について説明 <input type="checkbox"/> 生活上の注意について説明 コメント:
皮膚症状 (手足症候 群、皮疹など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 体表面積の10-30%を占め、紅斑、そう痒、疼痛などを伴う(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示 <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について説明 コメント:
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		報告の目安: 疼痛を伴う、食事摂取に影響を与える症状(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 含嗽薬等の使用について説明 <input type="checkbox"/> 口腔ケアについて指導 コメント:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

※副作用の重症度については、可能な限りCTCAEに基づいたGrade評価を行ってください。

## ③アドヒアランスの確認

経口抗腫瘍薬(薬剤名: )	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回 その他: )
支持療法薬	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回 その他: )

## ④提案事項または報告など(フリーコメント)

--

&lt;注意&gt; 副作用Grade3以上、もしくは緊急性のある症状の場合は、外来受診をお勧めください。

【病院記載欄】 次回外来日:

担当薬剤師名(病院)