

トレーシングレポート（服薬情報提供書）がん化学療法関連 専用書式

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。発熱等、緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名： 担当医：科 先生	保険薬局名 所在地
患者氏名： (患者ID： 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	TEL FAX 薬剤師氏名

[処方箋交付日： 令和 年 月 日] [調剤年月日： 令和 年 月 日]

レジメン				day
服薬アドヒアランス	良好	不良	不明	詳細：
(詳細)	副作用発現の有無 および CTCAE v5.0 による重篤度評価			
項目	無	Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心 食欲不振	<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、脱水または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；経管栄養/TPN/入院を要する
	詳細・対応・提案等			
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状；便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する <input type="checkbox"/> 持続的な症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作*の制限
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて <4回/日の排便回数増加；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 4-6回/日の排便回数増加；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中程度増加；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 7回以上/日の排便回数増加；入院を要する；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
口腔 粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状；治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍；食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛；経口摂取に支障がある
	詳細・対応・提案等			
味覚異常	<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（例：経口サプリメント）；不快な味；味の消失	<input type="checkbox"/> -
	詳細・対応・提案等			
手足 症候群 <small>(手掌・足底発赤知覚不全症候群)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎（例：紅斑、浮腫、角質増殖症）	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
末梢神経 障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない； <input type="checkbox"/> 臨床所見または検査所見のみ	<input type="checkbox"/> 中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作*を制限するだるさがある、または元気がない状態
	詳細・対応・提案等			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*身の回りの日常生活動作；入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用、薬の内服が可能で、寝たきりではない状態をさす。

血圧（一週間程度の平均値） 収縮期： mmHg / 拡張期： mmHg

※ その他情報提供（詳細・対応・提案等）

※ 返信欄（病院記載）

- 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 変更を検討します。
 現状のまま継続し、経過観察します。 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。