



服薬情報提供書（トレーシングレポート）					【がん薬物療法】		【報告日】		年	月	日
処方医	科				医師	保険 薬局	名称				
患者ID					所在地						
患者名					TEL						
患者同意	<input type="checkbox"/>	同意を得た。		<input type="checkbox"/>	同意は得ていないが、治療上重要と考えるため報告します。		FAX				
確認日	年	月	日	担当薬剤師		対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
レジメン・薬剤名					確認方法	<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> 電話フォロー <input type="checkbox"/> その他（ ）					

有害事象【CTCAE v5.0】		Grade 1(軽症)		Grade 2(中等症)		Grade 3(重症)	
悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 外来での静脈内栄養を要する；内科的治療を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<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"/>	<input type="checkbox"/> 4-6回/日の排便回数増加；人工肛門からの排泄量の中等度増加；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7回/日以上排便回数増加；入院を要する；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	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状；便軟化薬/緩下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸の定期的な使用を要する持続的な症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水または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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を伴う（例：カロリーや水分の経口摂取が不十分）；静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する	<input type="checkbox"/>
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> なし	<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"/>	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍；経口栄養剤による補充を要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛；経口摂取に支障がある	<input type="checkbox"/>
末梢神経障害 (末梢性ニューロパシー)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状がない（臨床所見または検査所見のみ）	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> 高度の症状；身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>
ざ瘡様皮疹 <small>*皮膚科・腫瘍内科コンセンサス会議 重症度評価</small>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 顔面を中心に全体で20個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒はない。日常生活は気にならない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 顔面、軀幹に全体で50個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒を時に感じる。症状について他人から指摘される	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 顔面、軀幹、四肢に全体で100個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒を常に感じる。他人との面会が億劫である	<input type="checkbox"/>
手足症候群 <small>*皮膚科・腫瘍内科コンセンサス会議 重症度評価</small>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 手掌、足底に違和感あり、発赤はないか、わずかに見られ、疼痛はなく、日常生活に差し支えない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手掌、足底に発赤、水疱形成がみられ、疼痛を時に感じ、日常生活の作業、歩行に差し支えることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手掌、足底に発赤が著明で、大型の水疱がみられ、強い疼痛を常に感じ、日常生活の作業が行いづらく、歩行しづらい	<input type="checkbox"/>
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

症状の詳細、報告・提案事項、その他

病院記載欄		返信日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。		病院名	佐世保市総合医療センター		
<input type="checkbox"/> 提案事項を医師へ伝えました。 <input type="checkbox"/> 次回受診時に検討します。		薬剤師			
<input type="checkbox"/> その他（ ）					

\*本情報提供書による情報提供は、疑義照会ではありません。