



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			
レジメン ・薬剤名				対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
				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"/>	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・水分の経口摂取が不十分；経管 栄養/TPN/入院を要する
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	治療を要さない	<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"/>	経管栄養/TPN/入院を要する
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 の排泄量が軽度に増加	<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"/>	7回/日以上の排便回数増加；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
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"/>	緩下剤または浣腸の定期的な使用を要する 持続的症状；身の回り以外の日常生活動作 の制限	<input type="checkbox"/>	摘便要する頑固な便秘；身の回りの日常生 活動作の制限
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"/>	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"/>	顕著な体重減少または栄養失調を伴う (例：カロリー・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
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"/>	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"/>	高度の疼痛；経口摂取に支障がある
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"/>	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
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、膿瘍 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"/>	顔面、軀幹に全体で50個前後の丘疹、膿瘍 を認める。疼痛、そう痒を感じる。症 状について他人から指摘される	<input type="checkbox"/>	顔面、軀幹、四肢に全体で100個前後の丘 疹、膿瘍を認める。疼痛、そう痒を常に感 じる。他人との面会が億劫である
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"/>	手掌、足底に発赤、水疱形成がみられ、疼 痛を感じ、日常生活の作業、歩行に差 し支えることがある	<input type="checkbox"/>	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
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"/>	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
	<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。		
<input type="checkbox"/> その他 ()		薬剤師	

*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。