



がん薬物療法共通トレーニングレポート

報告日: 年 月 日

| | |
|-----------------|---|
| 担当医 科 先生 | 保険薬局 名称: 所在地: TEL/FAX: 担当薬剤師: |
| 患者ID: 患者名: | |
| レジメン: | |
| 確認日: 月 日 (day) | 確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォン <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> その他() |
| この報告に対する患者同意 | <input type="checkbox"/> 同意を得た <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します |

上記患者に対する薬学的管理を行いましたので、下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

〈注意〉 ① にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いいたします。

② トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ・発熱 (38℃以上) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | ※S-1を服用している場合のみ回答 流涙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ・呼吸困難、息切れ、空咳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ・重篤な出血 (吐血、下血、咯血、血尿等) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |

| 症状 | Grade1 | Grade2 | Grade3 |
|--|---|---|---|
| 嘔吐 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 24時間に1-2回の嘔吐 | <input type="checkbox"/> 24時間に3-5回の嘔吐 | <input type="checkbox"/> 24時間に6回以上の嘔吐 |
| 悪心 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量に変化なし | <input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量が減った | <input type="checkbox"/> 水分も摂取できない |
| 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食欲低下あるも摂取量に変化なし | <input type="checkbox"/> 食欲がなく摂取量が減った | <input type="checkbox"/> ほとんど食事がとれない |
| 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> だるさ、疲れやすさはあるが日常生活に問題ない | <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが日常生活に支障がある | <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 |
| 下痢 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 普段より排便が1~3回多い | <input type="checkbox"/> 普段より排便が4~6回多い | <input type="checkbox"/> 普段より7回以上の排便回数の増加 便失禁;身の回りの日常生活動作の制限 |
| 便秘 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> たまに下剤を服用 | <input type="checkbox"/> 定期的の下剤が必要 | <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 |
| 口内炎 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し痛い | <input type="checkbox"/> 中等度の痛み、食事の変更が必要 | <input type="checkbox"/> 食事ができないくらい痛い |
| 末梢性ニューロパチー (しびれ) <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> しびれがあるが日常生活に影響なし | <input type="checkbox"/> しびれで日常生活に影響がある。(箸がもちにくい、歩きにくい等) | <input type="checkbox"/> 高度の症状 身の回りの生活動作の制限 |
| 手掌・足底発赤知覚不全症候群 (HFS) <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 痛みはないが皮膚の変化 (紅斑、浮腫、角質増殖症)はある | <input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症) | <input type="checkbox"/> 痛みを伴う高度の皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症) |
| 発疹 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 身体の10%未満の発疹 | <input type="checkbox"/> 身体の10~30%を占める発疹 | <input type="checkbox"/> 身体の30%以上を占める発疹 |
| そう痒症 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> かゆみがあるが日常生活に影響なし | <input type="checkbox"/> かゆみで日常生活に影響はあるが身の回りのことはできる | <input type="checkbox"/> かゆみで身の回りのこともできない |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

【服薬状況の確認】

経口抗がん剤の有無 あり なし 薬剤名 ()服薬状況 継続服用できている 継続服用できていない
 その他 ()

【その他特記事項 (処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)】

【病院記載欄 (必要時)】

- ご提案について次回受診時に医師と検討いたします。
 その他(保険薬局への情報提供など)

返信日: 年 月 日

医療機関:

記入者: