

鳥取赤十字病院 御中



報告日： 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号
患者名:	FAX番号
電話フォローアップ日 年 月 日	担当薬剤師 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得た	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

内服抗がん薬の服用状況： 良 不良 (飲み忘れ回数 回 その他：)

有害事象	CTCAE グレード	評価内容
食欲不振		① 食事摂取量 割 (抗がん剤開始前と比較) ② 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ③ ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく ④ 体重減少 (現在のクール開始日より - kg)
悪心 (吐き気)		① 吐き気の頻度：なし、ほとんどなかった、ときどき、頻繁、ほとんどいつも ② 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い
嘔吐		① 嘔吐の頻度：なし、1日1~2回、1日3~5回、1日6回以上 ② 支持療法 <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した
口の中や喉の痛み		① 一番ひどかったときの程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく ③ 支持療法 <input type="checkbox"/> アズノール含嗽水使用中 <input type="checkbox"/> アズノール含嗽水の使用をすすめた
下痢		① 下痢の頻度：なし、ほとんどなかった、ときどき、頻繁に、ほとんどいつも ② 一番多かった時： 回/日 ブリストルスケール： ③ ロペラミド内服頻度： 回/日 残数：錠・カプセル ④ 支持療法： <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した
全身倦怠感 (だるさ)		① 一番ひどい時の程度：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
皮膚症状 (手足症候群、皮疹など)		① 皮膚の痒みの一番ひどかった時：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② 手足症候群(ひび割れ、皮がむける、赤くなる、痛み)：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ③ 支持療法 <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した
末梢神経障害 (手足の痺れやピリピリ感)		① 一番ひどい時の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
咳・息切れ		① 咳のひどさ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い ② ふだんの生活の妨げ：なし、少し、ある程度、かなり、ものすごく
筋力低下(力が入りにくい)		① 症状の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い
口渴 (多飲)		① 症状の強さ：なし、軽い、中くらい、強い、すごく強い

その他報告内容と提案

便秘：(有・無) 流涙：(有・無) 浮腫(有・無) 味覚異常：(有・無) 発熱：(有・無)

対応 (医師記入欄) 報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。
 現状のまま継続し、経過観察します。 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日 医師名

<注意> FAXによる情報伝達は、 疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。