



鳥取赤十字病院 御中

報告日： 年 月 日

### 抗悪性腫瘍薬 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： 年齢：_____	FAX番号	
住所：	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		

<< 報告内容 >>

<input type="checkbox"/> 処方薬の情報	<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報
<input type="checkbox"/> 併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報	
<input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報	
<input type="checkbox"/> 症状等に関する家族、介護者からの情報	<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案
<input type="checkbox"/> 薬剤師からみた本情報提供の必要性	<input type="checkbox"/> その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  
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。

【内容】（※提案もあれば記載してください）

『医療機関記入欄』	<input type="checkbox"/> 電子カルテで連絡（スキャン依頼）	<input type="checkbox"/> 担当医へメールまたは電話で連絡
保険薬局返信時に使用		
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 現状のまま継続し、経過観察します。		
フリー欄		
年 月 日	返信者	

<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でお願いします。



内服抗がん薬の服用状況：□良 □不良（飲み忘れ回数 回 その他： ）

症状に関する情報

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 □ 吐き気止めの服用を指示した □ 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 支持療法の有無：なし、 あり (内容： )
下痢		① 下痢の頻度：ない、 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 プリストルスケール： ③ ロペラミド内服頻度： 回/日 残数： 錠・カプセル ④ 支持療法： □ 下痢止めの服用を指示した □ 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 □ 軟膏の塗布を指示した □ 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
口渇 (多飲)		① 症状の強さ：なし、 軽い、 中くらい、 強い、 すごく強い
□便秘：(有・無) □流涙：(有・無) □浮腫(有・無) □味覚異常：(有・無) □発熱：(有・無)		

その他の症状