

福島労災病院 がん化学療法用 トレーシングレポート

※外来化学療法報告書に基づく情報提供の場合は一緒にFAXして下さい。

福島労災病院 薬剤部 御中

報告日時： 年 月 日 時 分

診療科：	保険薬局名：
担当医： 先生	所在地：
患者ID：	TEL：
患者氏名：	FAX：
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師：

**外来がん化学療法を行っている患者様に関して副作用確認等を行いましたので、
下記の内容についてご報告致します。**

レジメン（実施日）	療法（ 年 月 日 ）
情報提供内容	<input type="checkbox"/> 副作用確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況・アドヒアランス <input type="checkbox"/> 処方提案 <input type="checkbox"/> その他

副作用評価（CTCAE v5.0）

症状		Grade1	Grade2	Grade3
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化なし	<input type="checkbox"/> 摂取量の変化あり <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少なし	<input type="checkbox"/> 摂取量の変化あり <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少あり
悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化なし	<input type="checkbox"/> 摂取量の変化あり <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少なし	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が 不十分
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外来での治療を要する	<input type="checkbox"/> 入院での治療を要する
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ベースライン+1-3回/日	<input type="checkbox"/> ベースライン+4-6回/日	<input type="checkbox"/> ベースライン+7回以上/日
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状 緩下薬などを不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的 使用を要する持続的症狀	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛または潰瘍 経口摂取に支障がない	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛 経口摂取に支障がある
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作 の制限	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の 制限
手足症候群	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 血圧 120-139/80-89mmHg	<input type="checkbox"/> 血圧 140-159/90-99mmHg	<input type="checkbox"/> 血圧 ≥160/≥100 mmHg

【特記事項（その他副作用、服薬状況、処方提案など）】

【医師回答】

回答者名 _____ 日時 _____ 年 月 日 時 分

FAX送信者 _____ FAX送信日時 _____ 年 月 日 時 分

《注意》 このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

保険薬局→病院薬剤部→担当医（→医師回答がある場合は保険薬局に返信FAX致します）