



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【アフィニートール錠】

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
患者 ID：	TEL：	FAX：
患者名：	担当薬剤師名：	印

上記治療薬に関する薬学的管理（副作用評価及び服薬指導）を行いました。
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。

【服薬状況】

継続服用できている しばしば服用できないことがある 休薬中

（指示通りに服用できていない、休薬中に該当した場合）

- 理由

飲み忘れ 用法・用量の理解不足 副作用の発現（詳細は「症状の詳細・その他の症状」記載欄に記入）

その他（)

- 次回診察時に調節が必要な残薬 なし あり（詳細は「症状の詳細・その他の症状」記載欄に記入）

【副作用の評価（※ 印にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします）】

- 直近（受診日以外）における臓器機能の急激な悪化 なし あり（ 腎機能障害、 肝機能障害）
- 骨髄抑制（受診日以外の検査値異常） なし あり（ 好中球減少、 血小板減少、 ヘモグロビン減少）
- 発熱（38度以上） なし あり
- 感染症様症状（喉の痛み、排尿時痛） なし あり
- 呼吸困難・息切れ・空咳 なし あり

症状	Grade1	Grade2	Grade3（※症状の詳細を下欄に記入）
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <4回/日の排便回数の増加	<input type="checkbox"/> 4-6回/日の排便回数の増加；身の回り以外の日常生活動作の制限
食欲不振、吐き気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<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経口摂食量減少
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24時間に1-2エピソードの嘔吐（5分以上の間隔が開いた嘔吐）	<input type="checkbox"/> 24時間に3-5エピソードの嘔吐（5分以上の間隔が開いた嘔吐）
疲労感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労；身の回り以外の日常生活動作の制限
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状がある；治療を要さない	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛；経口摂取に支障がない；食事の変更を要する
高血糖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖値>ULN-160mg/dL	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖値>250-500mg/dL

(CTCAE v4.0 JCOG を一部改変)

症状の詳細・その他の症状 等：

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項