



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【がん薬物療法（共通）】

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

がん薬物療法（レジメン名：_____）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。

【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
- ・ 浮腫・3日以内に2kg以上の急激な体重増加 なし あり（体重：() kg→() kg）
- ・ 重篤な出血（吐血・下血・喀血・血尿等） なし あり

| 症状 | Grade1 | Grade2 | Grade3（※症状の詳細を下記に記入） |
|-----------------|---|---|---|
| 下痢 | <input type="checkbox"/> なし <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 | <input type="checkbox"/> 7回以上/日の排便回数の増加； 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"/> 不定期または間欠的な症状；緩下薬、洗腸を不定期に使用 | <input type="checkbox"/> 緩下薬または洗腸の定期的使用を要する持続的 症状；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <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 |
| 食欲不振、吐き気 | <input type="checkbox"/> なし <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 | <input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分；経管栄養/TPN/入院を要する |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> なし <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） | <input type="checkbox"/> 24時間に6エピソード以上の嘔吐（5分以上の間隔が開いた嘔吐） |
| 口内炎 | <input type="checkbox"/> なし <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 | <input type="checkbox"/> 高度の疼痛；経口摂取に支障がある |
| 末梢性ニューロパチー（しびれ） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 臨床所見または検査所見のみ | <input type="checkbox"/> 中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 高度の症状；身の回りの日常生活動作の制限 |
| 皮膚乾燥 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占めるが紅斑やそう痒は伴わない | <input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占め、紅斑またはそう痒を伴う；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占め、そう痒を伴う；身の回りの日常生活動作の制限 |
| ざ瘡様皮疹 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱 | <input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱；社会心理学的な影響を伴う；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱；身の回りの日常生活動作の制限；経口抗菌薬を要する局所の重複感染 |
| 手掌・足底発赤知覚不全症候群 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎（紅斑、浮腫、角質増殖症） | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化（角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症）；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 疼痛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）；身の回りの日常生活動作の制限 |
| 爪囲炎 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 爪壁の浮腫や紅斑；角質の剥離 | <input type="checkbox"/> 局所的処置を要する；内服治療を要する；疼痛を伴う爪壁の浮腫や紅斑；滲出液や爪の分離を伴う；身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 外科的処置や抗菌薬の静脈内投与を要する；日常生活動作の制限 |
| 疲労感 | <input type="checkbox"/> なし <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 | <input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労；身の回りの日常生活動作の制限 |
| 高血圧 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血圧 80-89mmHg | <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血圧 90-99mmHg（複数回確認）；内科的治療を要する；再発性または持続性（≧24時間）；症状を伴う>20mmHg 拡張期血圧の上昇または以前正常であった場合は>140/90mmHg への上昇；単剤の薬物治療を要する | <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 ≧ 160mmHg または拡張期血圧 ≧ 100mmHg；内科的治療を要する；2種類以上の薬物治療または以前よりも強い治療を要する |

その他の症状・症状の詳細 等：

(CTCAE v4.0 JCOG を一部改変)

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項