



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【ゲフィチニブ錠】

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

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

（しばしば服用できないことがある、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）

【支持療法薬の使用状況】

未使用 指示通りに服用できている 指示通りの使用ができていない（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）
- ・ 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"/> <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
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
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
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
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

症状の詳細・その他の症状 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