



## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）【レンビマカプセル】

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

（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）

【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
- 重篤な出血（消化管出血・血尿・喀血 等）  なし  あり
- 脈のみだれ・動悸・激しい胸部の痛み  なし  あり

症状	Grade1	Grade2	Grade3（※症状の詳細を下欄に記入）
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）	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
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	収縮期血圧 $\geq$ 160mmHg または拡張期血圧 $\geq$ 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
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<4 回/日の排便回数の増加	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
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	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
体重減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	ベースラインより 5-10%減少；治療を要さない	ベースラインより 20%以上減少；経管栄養または TPN を要する
疲労感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	休息により軽快する疲労	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

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