



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【ロンサーフ錠】

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（※指示通りに服用・休薬ができているかを確認してください）】

指示通りに服用できている 指示通りに服用できていない（詳細は「症状の詳細・その他の症状」記載欄に記入）

（指示通りに服用できていないに該当した場合）

- 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"/>	<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
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 ない経口摂取量減少	<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）
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

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