



## 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"/>	<input type="checkbox"/> <4 回/日の排便回数の増加 <input type="checkbox"/> 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； <input type="checkbox"/> 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"/>	<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
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； <input type="checkbox"/> 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