



## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）【スチバーガ錠】

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（※指示通りに服用・休薬ができていない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  指示通りに使用できている  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
- ・ 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

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 $\geq 160$ mmHg または拡張期血圧 $\geq 100$ mmHg；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	4-6回/日の排便回数の増加；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	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
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10-20%減少；栄養補給を要する
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