

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせ、疑義照会は通常通り各科診療科へ電話にてお願いします。

がん化学療法用トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：先生御机下 報告日 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者氏名		担当薬剤師	
生年月日	年 月 日	TEL：	FAX：
患者または代諾者からの同意	☐ 同意を得た ☐ 同意は得られていないが治療上必要と判断したため報告 代諾者続柄：		
聞き取り日	年 月 日		
聞き取り方法	☐ 投薬時 ☐ テレフォンフォローアップ時 ☐ 患者からの問い合わせ ☐ その他（ ）		
レジメン名		服薬アドヒアランス	☐ 良好 ☐ 不良（ ）

副作用モニタリング（有害事象共通用語基準）
該当する症状にチェックを入れて下さい。

症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3	発現時期
悪心	☐	☐ 摂食習慣に影響のない食欲低下	☐ 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	☐ カロリーや水分の経口摂取が不十分	
嘔吐	☐	☐ 24時間に1-2回の嘔吐	☐ 24時間に3-5回の嘔吐	☐ 24時間に6エピソード以上の嘔吐	
食欲不振	☐	☐ 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	☐ 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	☐ 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	
口内炎	☐	☐ 軽度の痛みで嚥事摂取量は変わらない	☐ 痛みがあり食事に工夫を要する	☐ 痛みが強く食事が摂れない	
味覚異常	☐	☐ 食生活変わらない味覚変化	☐ 食生活の変化を伴う		
倦怠感	☐	☐ だるさがある、または元気がない	☐ 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	☐ 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	
下痢	☐	☐ 普段より1〜3回/日の増加	☐ 普段より4〜6回/日の増加	☐ 普段より7回以上/日の増加	
便秘	☐	☐ 不定期に下剤の使用や食事の工夫	☐ 緩下剤または浣腸を定期的に使用	☐ 日常生活に支障をきたす頑固な便秘	
関節・筋肉痛	☐	☐ 疼痛があるが日常生活に支障がない	☐ 疼痛により身の回り以外の動作に支障がある	☐ 疼痛により身の回りの日常生活に支障がある	
しびれ	☐	☐ 痺れがあるが日常生活に支障がない	☐ 痺れにより身の回り以外の動作に支障がある	☐ 痺れにより身の回りの日常生活に支障がある	
手足症候群	☐	☐ 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化（紅斑、浮腫、角質増殖症）	☐ 疼痛を伴う皮膚の変化（角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫）	☐ 疼痛を伴う高度の皮膚変化 日常生活に支障がある	
皮膚障害	☐	☐ 体表面積の<10%	☐ 体表面積の10〜30% 身の回り以外の動作に支障がある	☐ 体表面積の>30%、疼痛、灼熱感を伴い日常生活に支障がある	

上記以外の症状があれば、また上記の症状についての詳細内容があれば以下に記載して下さい。

次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象内容や指示した対処法（提案事項）

※緊急を要する副作用を発現した場合

該当する症状：

対応：
☐ 直接医師へ連絡した ☐ 患者に病院へ連絡または受診するように勧めた
☐ その他（ ）

上記の通り、ご報告いたします。