

<注意>この用紙は外来化学療法用です。
疑義紹介は通常の方法にてお願いいたします。

報告日:202 年 月 日

トレーシングレポート(外来がん化学療法用)

担当医	科	保険薬局 名称
	先生	
患者 ID:	TEL:	FAX:
患者氏名:	担当薬剤師名:	

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た(本人・家族) 得ていない

患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

(レジメン名: _____、投与開始日:202 年 月 日)に関する薬学的管理を行いましたので報告します。

【副作用評価】次に該当する場合あるいは下表で Grade3 に該当する場合は電話連絡をお願いします。

- ・発熱(38℃以上)
- ・感染症様症状(喉の痛み・排尿時痛・咳)
- ・間質性肺炎を疑う症状(呼吸困難・息切れ・空咳)
- ・重篤な出血(吐血・下血・喀血・持続する鼻出血・血尿)
- ・浮腫(3日以内の急激な体重増加)

症状		Grade1	Grade2	Grade3
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 普段と比べて<4回/日の回数増加;普段と比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	<input type="checkbox"/> 普段と比べて4-6回/日の回数増加;普段と比べて人工肛門からの排泄量が中等量増加	<input type="checkbox"/> 普段と比べて≥7回/日の回数増加;普段と比べて人工肛門からの排泄量が高度に増加
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状;便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的状況;身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 摘便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限
食欲不振	<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"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化;経口栄養剤による補充を要する	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴う(カロリーや水分の経口摂取が不十分)
悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<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の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 24時間以内に1-2回の嘔吐(5分以上間隔があった場合を1回と数える)	<input type="checkbox"/> 24時間以内に3-5回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 24時間以内に6回以上の嘔吐
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状がある	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛;経口摂取に支障なし、食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛;経口摂取に支障がある
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活を制限するだるさがある、または元気がない状態
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中等度の症状;身の回り以外の日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 高度の症状;身の回りの日常生活に支障がある
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体の面積の<10%を占め、紅斑やかゆみを伴わない	<input type="checkbox"/> 体の面積の10-30%を占め、紅斑やかゆみを伴う、身の回り以外の日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 体の面積の≥30%を占め、かゆみを伴う、身の回りの日常生活に支障がある
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体の面積の<10%を占める紅色丘疹または膿疱	<input type="checkbox"/> 体の面積の10-30%を占める紅色丘疹または膿疱	<input type="checkbox"/> 体の面積の≥30%を占める紅色丘疹または膿疱でかゆみや痛みを伴う
手足症候群	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(紅斑、浮腫など)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(皮むけ、水疱、出血、亀裂、浮腫);身の回り以外の日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(皮むけ、水疱、出血、亀裂、浮腫など);身の回りの日常生活に支障がある

その他の症状

薬剤師としての提案事項・その他報告事項