

がん化学療法 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日： 年 月 日

|                                                                             |        |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--|
| 処方箋発行日                                                                      | 年 月 日  | 保険薬局 情報 |  |
| 診療科                                                                         |        | 名称      |  |
| 処方医                                                                         | 先生 御机下 | 所在地     |  |
| 患者 ID                                                                       |        | 電話番号    |  |
| 患者氏名                                                                        |        | FAX番号   |  |
|                                                                             |        | E-mail  |  |
| 生年月日                                                                        | 年 月 日  | 担当薬剤師名  |  |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。                         |        |         |  |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。 |        |         |  |

1 報告内容

|                                                                                                                  |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 【レジメン名（または抗がん剤の名称）】                                                                                              |                                     |
|                                                                                                                  |                                     |
| 【情報の分類】                                                                                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> 薬剤の服薬状況について                                                                             | <input type="checkbox"/> 有害事象について   |
| <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項                                                                            | <input type="checkbox"/> その他（ について） |
| 【上記の情報の分類で選択した内容の詳細】                                                                                             |                                     |
| ※ 有害事象の報告の場合は、以下「2 主な有害事象」のチェック欄をご利用ください。<br>ただし、Grade3以上の副作用発現など、即時性の高い情報は処方医師に直接電話連絡(TEL:078-945-7300)をしてください。 |                                     |

2 主な有害事象

「有」or「無」の□にチェックを記入し、副作用グレードの数値を記入してください(Grade評価はCTCAE v5.0を使用)。

| 項 目                      | 無                        | Grade1                                               | Grade2                                                     | Grade3                                                        |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 悪心                       | <input type="checkbox"/> | <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；経管栄養/TPN/入院を要する     |
| 嘔吐                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 治療を要さない                     | <input type="checkbox"/> 外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する           | <input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する                      |
| 倦怠感                      | <input type="checkbox"/> | <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動作を制限するだるさ、または元気がない    | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさ、または元気がない         |
| 食欲不振                     | <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"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化；経口栄養剤を要する | <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を伴う；静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する |
| 口腔粘膜炎                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状；治療を要さない      | <input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍             | <input type="checkbox"/> 高度の疼痛；経口摂取に支障がある                     |
| 下痢                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普段と比べて3回/日以下の排便回数増加         | <input type="checkbox"/> 普段と比べて4-6回/日の排便回数増加               | <input type="checkbox"/> 普段と比べて7回以上/日の排便回数増加；入院を要する           |
| 便秘                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 不定期or間欠的な症状；食事の工夫/下剤を不定期に使用 | <input type="checkbox"/> 下剤の定期的使用を要する持続的症状                 | <input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作の制限           |
| 末梢神経障害<br>(末梢性感覚ニューロパシー) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 症状がない                       | <input type="checkbox"/> 中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限           | <input type="checkbox"/> 高度の症状；身の回りの日常生活動作の制限                 |
|                          | <input type="checkbox"/> |                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> |                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> |                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                      |
|                          | <input type="checkbox"/> |                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                      |

兵庫県立こども病院 薬剤部 記入欄

|           |              |
|-----------|--------------|
| 確認者印(鑑査印) | スキャン提出者 日付と印 |
|           |              |

保険薬局(FAX) → 薬剤部(スキャン) → 処方医師