



愛媛県立中央病院 御中

報告日： 年 月 日

トレーシングレポート【がん薬物療法】 特定薬剤管理指導加算2

担当医 先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
レジメン名 (薬剤名) :	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 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します。	

下記の通りご報告致します。

【副作用モニタリング】		(CTCAE ver. 5.0)		
症状	なし	グレード1	グレード2	グレード3
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
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日に1~2回吐く	<input type="checkbox"/> 1日に3~5回吐く	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐く
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がないまたは軽度の症状	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がある高度の疼痛
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日1~3回下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日4~6回下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日7回以上下痢が増えた
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々、下剤を使用する	<input type="checkbox"/> 定期的に緩下剤または浣腸を使用	<input type="checkbox"/> 便秘のため、日常生活のこともできない
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動くことだるいが休むと回復する	<input type="checkbox"/> いつもだるさはあるが日常生活はできる	<input type="checkbox"/> だるさのため、日常生活のこともできない
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手足に違和感がある	<input type="checkbox"/> しびれを感じるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> しびれのため、身の回りのこともできない
皮膚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度、または体の一部分のみ	<input type="checkbox"/> 激しいまたは、全身に広範囲にあるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> 皮膚症状のため、身の回りのこともできない
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛があるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 疼痛により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛により日常生活に支障がある
【上記症状についての詳細内容】				
【薬剤師としての提案事項・その他報告事項】				
【病院記入欄】 情報提供ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 報告内容・提案事項について、担当医に伝えます。 <input type="checkbox"/> 処方医からのコメント				
記入日： 年 月 日 記入者：				

* このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。

内容を確認したうえで処方医に報告し、その後電子カルテに保存します。

(愛媛県立中央病院 薬剤部 2022.10)