



愛媛県立中央病院 御中

報告日：

記載例

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 呼吸器内科 ●● ●●先生	保険薬局 名称・所在地 ●●調剤薬局
患者 ID： 1 2 3 4 5 6 7 8	電話番号： 0 8 9 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
患者名： ●● ●●	FAX 番号： 0 8 9 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8
レジメン名（薬剤名）： ドセタキセル	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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】

化学療法実施後（day5）に、患者自宅に電話フォローアップを実施した際、自宅にて吐き気が強く、嘔吐が3回ほどあった、と患者から情報提供がありました。以前処方された手持ちの吐き気止め（プリンペラン錠：残数10錠）を服用して様子を見ても良いか薬局に相談がありました。

【薬剤師としての提案事項・その他報告事項】

手持ちのプリンペラン錠を服用（1日3回まで）して様子を見るよう伝えました。翌日、悪心・嘔吐症状が改善したことを電話にて確認しています。次回のドセタキセルの6コース目の際には、遅発性嘔吐に対する制吐薬の強化、または嘔気軽減に有効であったプリンペラン錠の処方検討をお願いします。下痢症状、末梢神経症状（しびれ）については増悪傾向がないことを確認しています。

【病院記入欄】 情報提供ありがとうございます。

報告内容・提案事項について、担当医に伝えます。

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)



愛媛県立中央病院 御中

報告日：

記載例

トレーシングレポート【免疫関連有害事象：irAE】特定薬剤管理指導加算2

担当医 呼吸器内科 ●● ●●先生	保険薬局 名称・所在地 ●●調剤薬局
患者 ID：12345678	電話番号：089-1234-5678
患者名：●● ●●	FAX 番号：089-1234-5678
レジメン名（薬剤名）：CBDCA+PEM+ペンブ ロリズマブ	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 checked="" 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。	

下記の通りご報告いたします

(CTCAE ver. 5.0)

～副作用確認シート～		氏名：_____			
月/日：_____	コース：_____	体重：_____ 体温：_____ 血圧：_____ 脈拍数：_____ SpO2：_____			
●現在、あてはまる症状に☑を入れて下さい。					
※重症筋無力症・筋炎 <input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 筋肉痛がある ※1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 喉がひどく渇く <input type="checkbox"/> 水を多く飲む <input type="checkbox"/> 尿量が増える ※間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳が増えた <input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱 ※大腸炎・下痢 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる		内分泌障害 <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲が落ちる <input type="checkbox"/> 吐き気 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> むくみや腫れがある 皮膚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 発疹がある <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚に痒みがある 神経障害 <input checked="" type="checkbox"/> 手足のしびれがある <input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じる			
※2～3日症状が持続する場合、速やかに病院に連絡してください。					
症状	グレード	0	1	2	3
呼吸困難		ない	階段や坂道を登る際に息切れがある	ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる	息切れのため、身の回りのこともできない
倦怠感		ない	だるく感じるが休むと回復する	いつもだるさはあるが、日常生活はできる	だるさのため日常生活のこともできない
食欲不振		ない	食欲低下を感じるが、食事は変わらない	食欲低下を感じ、食事が減った	経腸栄養剤を要する
吐き気		ない	1日に1～2回吐く	1日に3～5回吐く	1日に6回以上吐く
下痢		ない	普段と比べ1日1～3回下痢が増えた	普段と比べ1日4～6回下痢が増えた	普段と比べ1日に7回以上下痢が増えた
手足のしびれ (部位：)		ない	手足に違和感がある	しびれを感じるが、日常生活はできる	しびれのため、身の回りのこともできない
筋力低下 (部位：)		ない	明らかな筋力低下はないが、力の入りにくさを感じる	明らかな筋力低下はあるが、日常生活はできる	明らかな筋力低下のため、身の回りのこともできない
皮膚症状 (部位：)		ない	軽度、または体の一部分のみ	激しいまたは、全身に広範囲にあるが、日常生活はできる	皮膚症状のため、身の回りのこともできない
その他症状					

愛媛県立中央病院 免疫チェックポイント阻害薬 治療サポートチーム作成

【症状についての詳細内容】

化学療法実施後（day5）に、患者自宅に電話フォローアップを実施した際、腕の湿疹・かゆみが、前胸部・背部にも広がっている、と患者から情報提供がありました。

以前処方された手持ちの腕用に処方されたアンテベート軟膏を胸部・背部の湿疹・かゆみに塗布して様子を見て良いか、薬局に相談がありました。

【薬剤師としての提案事項・その他報告事項】

手持ちのアンテベート軟膏（残量30g）があるため、塗布して様子を見るよう伝えました。翌日、皮膚症状が改善したことを電話にて確認しています。次回診察時には、前胸部・背部の皮膚の状態についても、診察してもらうよう伝えていきます。

【病院記入欄】情報提供ありがとうございます。

 報告内容・提案事項について、担当医に伝えます。 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)