

がん化学療法用トレーシングレポート(殺細胞性抗がん薬・分子標的薬) 保険薬局→薬剤部→主治医

報告日: 年 月 日

福井大学医学部附属病院 御中

担当医 科 先生

患者 ID:	保険薬局の所在地及び名称
患者名:	
レジメン名 または 抗がん薬名:	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、 治療上重要事項だと思われるので報告いたします。	
	電話:
	FAX:
	担当薬剤師:

【服薬状況(アドヒアランス)に関する情報】

【副作用に関する情報】 **Grade3 にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします。**

電話連絡 0776-61-3111 内線 4699(平日 9:00-17:00)

聴取日: 月 日	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族				
症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3	発現時期
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが食事は変わらず	<input type="checkbox"/> 吐き気で普段通り食事をとることができない	<input type="checkbox"/> 吐き気で食事や水分がほとんどとれない	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嘔吐あるが、症状が軽く経過を見ることができる	<input type="checkbox"/> 嘔吐のため食事はとれないが、水分はとれる	<input type="checkbox"/> 嘔吐のため食事や水分が全くとれない、または摂取しても嘔吐してしまう	
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲不振はあるが食事は大きく変わらず	<input type="checkbox"/> 普段通りの食事をとることができない	<input type="checkbox"/> 食事や水分がほとんどとれない	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の痛みで食事摂取に影響はない	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事の工夫・変更が必要	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、食事摂取が困難	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緩下剤や浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤や浣腸を毎日使用 排便がなく、苦痛がある	<input type="checkbox"/> 緩下剤や浣腸を毎日使用しても 排便がなく、強い苦痛がある	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より 1-3 回/日の排便数増加	<input type="checkbox"/> 普段より 4-6 回/日の排便数増加	<input type="checkbox"/> 普段より 7 回以上/日の排便数増加	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に支障がある(趣味・外出など)	<input type="checkbox"/> ほとんど動くことができず、身の回りの日常生活に支障がある	
末梢神経障害 部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 性状: <input type="checkbox"/> ピリピリ <input type="checkbox"/> 感覚麻痺 <input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いしびれがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> しびれにより身の回り以外の日常生活ができない (携帯電話でメールを打つ、雑誌をめくる、運動)	<input type="checkbox"/> 強いしびれがあり身の回りの日常生活ができない (ボタンの開け閉め、箸を使つての食事、階段昇降、靴を履く、物をつかむ)	
皮疹 部位:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 部分的に皮疹がある	<input type="checkbox"/> 広範囲に皮疹があるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 皮疹により、身の回りの日常生活に支障がある	
手足症候群 部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みはないが、皮膚の変化がある(紅斑、浮腫など)	<input type="checkbox"/> 痛みがある(発赤、腫れ、角化など)	<input type="checkbox"/> 強い痛みがある(亀裂、潰瘍など)、または症状により身の回りの日常生活に支障がある	
爪囲炎 部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の発赤、腫脹がある。疼痛はなく日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 局発赤、腫脹がみられ、疼痛をときに感じる。日常生活の作業に差し支えることがある。	<input type="checkbox"/> 発赤、腫脹が著明で、疼痛が常に強い。ときに血管拡張性肉芽腫が生じ、日常生活の作業が行いづらく歩行しづらい。	
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血圧 80-89mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 140-159mmHg または 拡張期血圧 90-99mmHg(複数回確認)	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 ≥160mmHg または 拡張期血圧 ≥100mmHg	

◎免疫チェックポイント阻害薬(イジユド、イミフィンジ、オブジーボ、キイトルーダ、テンプラ、テセントリク、バベンチオ、ヤーボイ、リブタヨなど)を使用されている場合は、がん化学療法情報提供書(免疫チェックポイント阻害薬)も併せてチェックをお願いします。

【保険薬局からの提案事項】 提案あり 報告のみ (左欄いずれかにチェックをお願いします)

返信欄(医師記入欄) 報告内容を確認しました。 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日 医師