

がん化学療法トレーシングレポート(情報共有シート)

処方医 科 先生御机下 報告日 年 月 日

| | | | |
|---------------|---|--|--|
| 患者ID | | 保険薬局名 | |
| 患者名 | | 担当薬剤師(自署) | |
| 生年月日 | 年 月 日 | TEL: | FAX: |
| 患者または代諾者からの同意 | <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄: | <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。 | |
| 聞き取り日 | 年 月 日 | 聞き取り方 | <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他() |
| レジメン名 | | アドヒアランス | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良() |
| 分類 | <input type="checkbox"/> 副作用の報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 支持療法に関する処方提案 <input type="checkbox"/> その他() | | |

副作用モニタリング(有害事象共通用語規準)

| 症状 | なし | Grade1 | Grade2 | Grade3 | 発現時期 |
|----------------|--------------------------|---|--|---|------|
| 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 | |
| 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; 経口栄養剤による補充を要する | <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を伴う(例: カロリーや水分の経口摂取が不十分); 静脈内輸液/経管栄養/TPN を要する | |
| 味覚異常 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化 | <input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化(例: 経口サプリメント); 不快な味; 味の消失 | - | |
| 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; 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 | |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ベースラインと比べて < 4 回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加 | <input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 4-6 回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加; 身の回りの日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 7 回以上/日の排便回数増加; 入院を要する; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活動作の制限 | |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> | <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"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的状態; 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <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 | |
| 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動作を制限するだるさがある、または元気がない状態 | |
| 手掌・足底発赤知覚不全症候群 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症) | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限 | |
| 末梢性運動ニューロパチー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 症状がない; 臨床所見または検査所見のみ | <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 | |
| 末梢性感覚ニューロパチー | <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 | |
| (その他) | <input type="checkbox"/> | (具体的な症状を記載してください) | | | |
| (その他) | <input type="checkbox"/> | (具体的な症状を記載してください) | | | |
| (その他) | <input type="checkbox"/> | (具体的な症状を記載してください) | | | |

※「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語版 JCOG 版」(略称: CTCAE v5.0 - JCOG)

からだと心のつらさ

| | | |
|---------------|-----------------------------|---|
| 痛み | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり 部位: 強さ(NRS): 鎮痛薬使用状況: |
| 気持ちの落ち込みやいらいら | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

薬剤師としての評価、情報提供、処方提案、具体的な有害事象の内容、説明した対処法など

上記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

※この FAX による情報共有は、疑義照会ではありません。

Grade3 以上の症状がある場合や緊急性のある問い合わせは、患者・家族から直ちに診療科(時間外は救急外来)へ連絡するようご指導ください。

対応期日がある場合は、記載をお願いします。