

報告日: ____年__月__日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)【がん薬物療法(共通)】

担当医 _____科

先生 御机下

患者ID		保険薬局名:
患者氏名		TEL:
		FAX:
聞き取り日: ____年__月__日 ____時__分 担当薬剤師名(保険薬局): _____		
対応者: <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 対面・電話		
服薬状況: 良好・不良→理由等:		
薬剤管理: <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他:		
相互作用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→内容等:		
レジメン/抗がん剤: _____ 服薬期間: ____月__日 ~ ____月__日		

がん薬物療法に関する薬学的管理を行いました。下記の通りご報告いたします。

【副作用の評価】

下記のような症状など、緊急を要する症状がある場合は直接医師へ電話で連絡をお願いします

- ・発熱(38度以上)
- ・急激な呼吸困難・息切れ・空咳
- ・浮腫・3日以内に2kg以上の急激な体重増加
- ・重篤な出血(吐血・下血・喀血など)

症状	Grade1	Grade2	Grade3	
下痢	なし	普段より1~3回/日多い	普段より4~6回/日多い	普段より7回以上/日多い
	頻度: ____回/日 止瀉薬(薬品名: _____)の服用頻度: ____回/日			
便秘	なし	緩下薬を不定期に使用	緩下薬を定期的に使用	排便を要する、頑固な便秘
	便秘: ____日 緩下剤の使用状況:			
悪心 食欲不振	なし	摂食習慣に影響のない食欲低下	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	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
	食事摂取量(治療前と比較して): ____% 栄養補助食品の摂取:			
嘔吐	なし	24時間に1~2回	24時間に3~5回	24時間に6回以上
	いつ頃: _____ 嘔吐頻度: ____回/日 制吐剤の使用状況:			
口内炎	なし	軽度の疼痛	食事内容の変更を要する中等度の疼痛	経口摂取に支障のある高度の疼痛
	口腔内乾燥: 無・有 外用薬の使用: 無・有:			
浮腫	なし	部位: _____ (Grade _____)		
	体重: _____ kg(+ ____ kg: _____と比較して) 利尿剤の使用状況:			排尿状況:
手掌・足底発赤 知覚不全症候群	なし	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎	疼痛を伴う皮膚の変化	疼痛を伴う高度の皮膚の変化
	発現部位: _____ 疼痛: 無・有 保湿剤・軟膏の使用状況:			

その他の症状、症状の詳細など

【提案事項・その他の報告事項など】

・緊急を要する副作用があり、直接医師へ連絡・相談した患者さんに病院へ連絡・受診してもらうように勧めた 薬剤部へ連絡・相談した(医師へ繋がらない場合のみ)