

次回外来予約日： 2024年9月18日

報告日： 2024年8月28日

抗がん薬トレーシングレポート(服薬情報提供書)

担当医	●●●● 聖隸 次郎	科 先生御机下	保険薬局 名称・所在地 聖隸薬局 静岡県浜松市●●区●●
患者ID：	99990015	電話番号：	●●●-●●●-●●●●
患者氏名：	聖隸太郎	FAX番号：	○○○-○○○-○○○○
生年月日：	1955年3月22日	担当薬剤師名：	聖隸一子
情報提供に対する患者または代諾者からの同意		<input checked="" type="checkbox"/> 同意を得た	

経口抗がん薬(無ければ記載不要)： カペシタピン

残薬数： 5錠 有の理由 → **内服忘れ** · 副作用 · その他()

副作用状況(CTCAEv5.0-JCOG参考)※有・無に○を付け、各項目にチェックして下さい

症状・期間	有・無	Grade1	Grade2	Grade3
食欲不振：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input checked="" type="checkbox"/> 言著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量変化(経口栄養剤必要)	<input checked="" type="checkbox"/> 言著な体重減少または栄養失調を伴う(経管栄養/PPN等必要)
嘔吐：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 1日に1-2回の嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> 1日に3-5回の嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> 1日に6回以上の嘔吐
下痢： 腹痛：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加 <input checked="" type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<input checked="" type="checkbox"/> ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加 <input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの生活制限
便秘：8/13-15 腹痛：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的な使用を要する持続的症状 <input checked="" type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<input checked="" type="checkbox"/> 摘便を要する頑固な便秘 <input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの生活制限
倦怠感：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさ	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさ
呼吸困難：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れ	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限を伴う息切れ	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の制限を伴う息切れ
末梢神経障害：	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 症状がない	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 高度の症状、身の回りの日常生活動作の制限
皮膚障害：8/25-	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状(治療を要さない)	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活制限(最小限/局所的/非侵襲的治療を要する)	<input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの日常生活制限(入院を要する)

<その他報告事項：意見・提案内容(報告の意図、提案の根拠を明確に)>

8/17に朝食後の内服忘れがあり、ゼローダ残5錠(1回分)余っています。すでに休薬期間に入っているため内服せず、次回外来に持参するよう伝えました。8/13-15にかけて便秘がありました。現在は改善しており、処方済のマグミットで排便状況に応じ内服するよう指導しました。皮膚障害は8/25付近より、手の皮剥けの症状があり親指に少しヒリヒリ感があるそうです。日常生活に支障が出る事はないですが、grade1-2のHFSと考えられますので、次回受診時にstrong～very strongのステロイド外用薬のご処方を検討頂けると幸いです。

対応(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	医師名	(宛先と異なる医師が対応した場合のみ記名)
-------	-----	-----------------------

【注意】

本用紙は、即時性の低い情報提供のみにご利用ください。

次回受診より早い対応が望まれる場合は疑義照会としてFAXをお願いいたします。

大分類：17その他 中分類：99その他 文書日付：報告日

管理部署：診療科 指示者：担当医 コメント「抗がん薬トレーシングレポート」

保険薬局→薬剤部	保険薬局へ返信済み