

次回外来予約日： 年 月 日
 報告日： 年 月 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 科 先生御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名：
情報提供に対する患者または代諾者からの同意 <input type="checkbox"/> 同意を得た	

経口抗がん薬(無ければ記載不要)：

残薬数： 有の理由 → 内服忘れ ・ 副作用 ・ その他()

副作用状況(GTCAEv5.0-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・無	<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変化(経口栄養剤必要)	<input type="checkbox"/> 顕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・無	<input type="checkbox"/> 1日に1-2回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日に3-5回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上の嘔吐
下痢： 腹痛：	有・無 有・無	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加 <input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加 <input type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<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 <input type="checkbox"/> 身の回りの生活制限
便秘： 腹痛：	有・無 有・無	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状 <input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状 <input type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘 <input type="checkbox"/> 身の回りの生活制限
倦怠感：	有・無	<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	<input 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・無	<input type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れ	<input 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 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・無	<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
皮膚障害：	有・無	<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"/> 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 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)>

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。

保険薬局→薬剤部	保険薬局へ返信済み