

抗がん薬トレーシングレポート(服薬情報提供書) 保険薬局→病院

ID/患者名：

報告日：

患者本人 家族 から

診療科/医師名：

下記確認事項について病院への情報提供をすることに対し同意を(得た 得ていない)。

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(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・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：	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"/> ベースラインと比べて4-6 回/日の排便回数増加	<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
腹痛：	有・無	<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<input type="checkbox"/> 身の回りの生活制限
便秘：	有・無	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状	<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"/> 排便を要する頑固な便秘
腹痛：	有・無	<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の生活制限	<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がある	<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
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：

保険薬局名： _____

薬剤師名： _____

電話番号： _____

記載後、お手数ですが下記連絡先までFAXをお願い致します。

Grade3の症状では当院(053-436-1251)へ連絡するよう患者様へお伝えください。患者様より当院の電話確認を提示された場合、その該当日以外での実施にご協力お願い致します。

ご不明な点は当院薬剤部までご連絡ください。※当院薬剤部HP参照

聖隷三方原病院 薬剤部

電話番号：053-439-9037

FAX 送信先：053-438-1658