



□ 特定薬剤管理指導加算 2 情報提供用

**【がん薬物療法】情報提供書（トレーシングレポート）**

担当医  科 先生	保険薬局 名称 所在地
患者番号(カルテNo.)	電話番号
患者氏名 様	FAX番号
生年月日	担当薬剤師名
この情報を伝えることに対して患者側の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者側は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

レジメン名/実施日	療法( )コース目	実施日	年 月 日
聴取対象者/日時	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 ( )	日時	年 月 日 時

確認事項（必要に応じ）

服用コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 概ね良好 週に数回程度の飲み忘れ	<input type="checkbox"/> やや不良～不良 概ね20%以上の飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 服用中断または服用拒否 →可能な範囲で理由を教えてください
支持療法剤の使用状況	<input type="checkbox"/> 有：			<input type="checkbox"/> なし

有害事象など（CTCAE v5.0-JCOG）  なし  あり（下記参照）

有害事象/評価	Grade1	Grade2	Grade3	備考
倦怠感・だるさ	<input type="checkbox"/> だるさはあるが身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> だるさがあり身の回りのことができない		
食欲	<input type="checkbox"/> 食欲は落ちたが半分以上食べられる	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちて半分以上しか食べられない	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った	
吐き気	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気があった	<input type="checkbox"/> 吐き気で食べる量が減った	<input type="checkbox"/> ほとんど食べられなかった	嘔吐の有無： 制吐剤の有無・使用頻度：
味覚異常	<input type="checkbox"/> 味が少し変わったが食べられた	<input type="checkbox"/> 味が変わって食べる量が減った		
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> しみるが食べられる	<input type="checkbox"/> 痛みで食べる量が減った	<input type="checkbox"/> 痛みでほとんど食べられなかった	
下痢	<input type="checkbox"/> 便回数が1～3回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が4～6回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が7回以上/日に増えた	
便秘	<input type="checkbox"/> 便秘症状あり下剤類を何回か使用した	<input type="checkbox"/> 便秘症状あり下剤類を毎日使用した		
手足症候群	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなり痛みがある	<input type="checkbox"/> 手足に痛みがあり家事や身の回りのことができなかった	
皮疹	<input type="checkbox"/> ポツポツはできたが痛みはない	<input type="checkbox"/> ポツポツはできて痛みがある		
爪周りの症状	<input type="checkbox"/> 赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/> 赤くなって痛みがある	<input type="checkbox"/> ジュクジュクと液が出る	
脱毛	<input type="checkbox"/> 周りの人にわかるほどではないが抜けた	<input type="checkbox"/> 周りの人からわかるほどの脱毛 カツラなどを望まれる		
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 指先や足裏に違和感があった	<input type="checkbox"/> 指先や足裏にしびれ感があり持続している	<input type="checkbox"/> しびれ感があり自分でボタンが掛けられないなど生活に支障をきたす	発症部位：
筋力低下	<input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じることもある	<input type="checkbox"/> 筋力の低下を感じるが日常生活の作業はできる	<input type="checkbox"/> 明らかな筋力の低下を感じ身の回りのことができない	
息苦しさ	<input type="checkbox"/> 階段を登る際に息切れがある	<input type="checkbox"/> ゆっくり歩行した際に息切れがあるが非地上生活はできる	<input type="checkbox"/> 息切れのため身の回りのことができない	
高血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧120-139mmHg又は拡張期血圧80-89mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧140-159mmHg又は拡張期血圧90-99mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上	降圧剤の有無：

備考

---

提案・報告事項

\* 緊急な処置を要するGrade3以上の有害事象が確認される場合には、受診勧奨をお願いします

\* 本レポートによる情報提供は「疑義照会」ではありません。化学療法担当薬剤師が内容を確認後、必要に応じて担当医に報告、電子カルテに保存します

※基幹病院薬剤部 使用欄※

次回受診日： 年 月 日

緊急性  あり  なし

担当医への情報提供  PHS・口頭  患者掲示板  不要