



潤和会記念病院 御中

報告日: 20 年 月 日

## 【抗がん薬関連】トレーシングレポート

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地: 〒
交付年月日 20 年 月 日	電話番号:
処方 No.	FAX 番号:
患者 ID: 患者名: 様	担当薬剤師名: ( <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非 ) 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【治療内容】	( )療法 [レジメン登録番号: ]		
【確認時期】	<input type="checkbox"/> 外来服薬指導時	<input type="checkbox"/> 電話確認時	(確認日 20 年 月 日)
【報告事項】	副作用モニタリング	<input type="checkbox"/> 下痢(ペースタムより)	Grade( ) <input type="checkbox"/> ≤+3回/日 <input type="checkbox"/> +4~6回/日 <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 便秘	Grade( ) <input type="checkbox"/> 便秘あり <input type="checkbox"/> 生活支障あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 悪心・食欲不振	Grade( ) 食事摂取量 <input type="checkbox"/> 50%> <input type="checkbox"/> 体重減少あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 口内炎	Grade( ) <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 食事変更必要あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 味覚異常	Grade( ) <input type="checkbox"/> 味覚変化あり <input type="checkbox"/> 味覚なし・食事変化あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> しゃっくり	Grade( ) <input type="checkbox"/> しゃっくり <input type="checkbox"/> 睡眠・生活支障あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 皮膚症状	Grade( ) <input type="checkbox"/> 赤み・発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> かさつき <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 爪症状	Grade( ) <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 生活支障あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 手足症候群	Grade( ) <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 生活支障あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 疲労・倦怠感	Grade( ) <input type="checkbox"/> 休息により軽快 <input type="checkbox"/> 半日以上寝ている <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 発熱・咳	Grade( ) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 労作時息切れ <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	Grade( ) <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 生活支障あり <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> 血圧	Grade( ) <input type="checkbox"/> 収縮期 140≤ / 拡張期 90≤ <input type="checkbox"/> ( / )
		<input type="checkbox"/> 眼症状	Grade( ) <input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> かすみ目 <input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> その他の症状	Grade( ) ( )
その他	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> ( )		

【上記選択肢詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】