

がん薬物療法共通トレーニングレポート

報告日： 年 月 日

担当医 科 先生	保険薬局 名称: 所在地: TEL/FAX: 担当薬剤師:
患者ID: 患者名:	
レジメン:	
確認日: 月 日 (day)	確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォン <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> その他()
この報告に対する患者同意 <input type="checkbox"/> 同意を得た <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します	

上記患者に対する薬学的管理を行いましたので、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。

〈注意〉 ① にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いいたします。

② トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

・発熱 (38℃以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※S-1を服用している場合のみ回答 流涙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・呼吸困難、息切れ、空咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
・重篤な出血 (吐血、下血、喀血、血尿等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

症状	Grade1	Grade2	Grade3
嘔吐 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 24時間に1-2回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 24時間に3-5回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 24時間に6回以上の嘔吐
悪心 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量に変化なし	<input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量が減った	<input type="checkbox"/> 水分も摂取できない
食欲不振 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食欲低下あるも摂取量に変化なし	<input type="checkbox"/> 食欲がなく摂取量が減った	<input type="checkbox"/> ほとんど食事がとれない
倦怠感 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> だるさ、疲れやすさはあるが日常生活に問題ない	<input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが日常生活に支障がある	<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
下痢 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 普段より排便が1~3回多い	<input type="checkbox"/> 普段より排便が4~6回多い	<input type="checkbox"/> 普段より7回以上の排便回数の増加 便失禁;身の回りの日常生活動作の制限
便秘 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> たまに下剤を服用	<input type="checkbox"/> 定期的の下剤が必要	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限
口内炎 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少し痛い	<input type="checkbox"/> 中等度の痛み、食事の変更が必要	<input type="checkbox"/> 食事ができないくらい痛い
末梢性ニューロパチー (しびれ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> しびれがあるが日常生活に影響なし	<input type="checkbox"/> しびれで日常生活に影響がある。(着がもちにくい、歩きにくい等)	<input type="checkbox"/> 高度の症状 身の回りの生活動作の制限
手掌・足底発赤知覚不全症候群 (HFS) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 痛みはないが皮膚の変化 (紅斑、浮腫、角質増殖症)はある	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う高度の皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症)
発疹 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体の10%未満の発疹	<input type="checkbox"/> 身体の10~30%を占める発疹	<input type="checkbox"/> 身体の30%以上を占める発疹
そう痒症 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> かゆみがあるが日常生活に影響なし	<input type="checkbox"/> かゆみで日常生活に影響はあるが身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> かゆみで身の回りのこともできない
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【服薬状況の確認】

経口抗がん剤の有無 あり なし 薬剤名 ()

服薬状況 継続服用できている 継続服用できていない
 その他 ()

【その他特記事項 (処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)】

【病院記載欄 (必要時)】

- ご提案について次回受診時に医師と検討いたします。
 その他 (保険薬局への情報提供など)

返信日: 年 月 日

医療機関:

記入者: