

トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(ICI)】

処方医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL
患者氏名			FAX
聴取日時	月	日	時頃
対象	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> ()
			この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を
			<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン

アドヒアランス

※コメントは下部の詳細情報欄へ

良好 不良 副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
発熱	<input type="checkbox"/> 1	38.0~39.0°C	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	39.1~40.0°C		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> なし	40.0°C<(持続時間は24時間以内)		<input type="checkbox"/> なし	安静時の息切れ
悪心	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	腹痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	食事量が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	怠さがある	頭痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
意識レベルの低下	<input type="checkbox"/> 1	注意力の低下	手足の脱力	<input type="checkbox"/> 1	自覚はあるが他覚的でない
	<input type="checkbox"/> 2	鎮静; 刺激に対する反応の低下		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	覚醒困難		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹, 掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
体重の増・減	<input type="checkbox"/> 1	ベースラインの5%以上10%未満	筋肉痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
	<input type="checkbox"/> 2	ベースラインの10%以上20%未満	無気力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
	<input type="checkbox"/> なし	ベースラインの20%以上	眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	その他①	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	その他②	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()

※ 太枠内をまず確認し、逆引きマニュアルを参考に聴取を進めてください。

* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

【 病院記載欄 】

- 主治医コメント
- 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。
 ※ 不明な点は、サイボウズ掲載の手順書をご確認ください。

《 愛媛県病院薬剤師会・愛媛県薬剤師会 》