

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

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 checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> ( )
			担当薬剤師
			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*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<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	<input type="checkbox"/> 3		顕著な体重減少、栄養失調	<input type="checkbox"/> なし
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<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	<input type="checkbox"/> 3		24時間に6回以上のエピソード	<input type="checkbox"/> なし
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<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	<input type="checkbox"/> 3		7回/日以上排便回数増加	<input type="checkbox"/> なし
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・浣腸を不定期に使用	手足 症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・浣腸が定期的に必要		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		排便を要する	<input type="checkbox"/> なし
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・ 関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<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	<input type="checkbox"/> 3		高度の疼痛、経口摂取に支障あり	<input type="checkbox"/> なし
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> なし
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	°C
血圧	mmHg / mmHg <small>いつの値か</small>		その他①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

\* 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》