

がん化学療法 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日: 年 月 日

処方箋発行日	年 月 日	保険薬局 情報	
診療科		名称	
処方医	先生 御机下	所在地	
患者 ID		電話番号	
患者氏名		FAX番号	
		E-mail	
生年月日	年 月 日	担当薬剤師名	印

- 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。
- この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

1 報告内容

【レジメン名(または抗がん剤の名称)】
【情報の分類】
<input type="checkbox"/> 薬剤の服薬状況について <input type="checkbox"/> 有害事象について
<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項 <input type="checkbox"/> その他()について
【上記の情報の分類で選択した内容の詳細】
※ 有害事象の報告の場合は、以下「2 主な有害事象」のチェック欄をご利用ください。 ただし、Grade3以上の副作用発現など、即時性の高い情報は処方医師に直接電話連絡(TEL:078-945-7300)をしてください。

2 主な有害事象

「有」or「無」の口にチェックを記入し、副作用グレードの数値を記入してください(Grade評価はCTCAE v5.0を使用)。

項目	無	Grade1	Grade2	Grade3
下痢		普段と比べて3回/日以下の排便回数増加	普段と比べて4-6回/日の排便回数増加	普段と比べて7回以上/日の排便回数増加;入院を要する
便秘		不定期or間欠的な症状;食事の工夫/下剤を不定期に使用	下剤の定期的使用を要する持続的状態	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
口腔粘膜炎		症状がない、または軽度の症状;治療を要さない	経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍	高度の疼痛;経口摂取に支障がある
悪心		摂食習慣に影響のない食欲低下	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	カロリーや水分の経口摂取が不十分;経管栄養/TPN/入院を要する
食欲不振		摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化;経口栄養剤を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う;静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する
末梢神経障害 (末梢性感覚ニューロパシー)		症状がない	中等度の症状;身の回り以外の日常生活動作の制限	高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感		だるさがある、または元気がない	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさ、または元気がない	身の回りの日常生活動作を制限するだるさ、または元気がない
高血圧		小児:収縮期/拡張期血圧>90パーセンタイルかつ<95パーセンタイル	小児および青年:再発性または持続性(≥24時間)の>ULNの血圧上昇;単剤の薬物治療を要する;収縮期/拡張期血圧が>95パーセンタイルと99パーセンタイルの5mmHg上の間	小児および青年:収縮期/拡張期血圧が99パーセンタイルより5mmHg上回る

兵庫県立こども病院 薬剤部 記入欄

確認者印(鑑査印)	スキャン提出者 日付と印

保険薬局(FAX) → 薬剤部(スキャン) → 処方医師