

がん化学療法トレーシングレポート (服薬情報提供書) (抗がん剤治療用)

報告日 年 月 日

病院名	つがる西北五広域連合 つがる総合病院	保険薬局 名称 所在
処方医	科 先生	電話番号 :
患者ID :		FAX番号 :
生年月日:	年 月 日	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="radio"/> 得た <input type="radio"/> 得ていない		聞き取り日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします		聞き取り方法: <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()
		前回治療日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
		レジメン名: <input type="checkbox"/> 不明

服薬状況 問題なし 問題あり

※ 保険薬局の先生へ

Grade3のうち網掛け(グレー)に該当する場合や重篤な有害事象を疑う場合は、迷わず患者さんへ医療機関に連絡するよう促してください。

(詳細:)

	なし	Grade1	Grade2	Grade3	発症・発現日	聞き取り時点での症状	
問1 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちたが量は半分以上食べられる	<input type="checkbox"/> 食欲がおちて、量は半分以下になった	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問2 悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気があり、食欲が落ちた	<input type="checkbox"/> 吐き気で食べる量が減り、体重が減った	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤を摂取したり、点滴をした	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問3 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 嘔吐があったがすぐ治まった	<input type="checkbox"/> 嘔吐が続き病院を受診した	<input type="checkbox"/> 嘔吐があり、入院した	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問4 味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 味が少し変わったが今まで通り食べられた	<input type="checkbox"/> 味が変わって食べる量が減った / 食べ物の嗜好が変わった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問5 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> しみるが食べられる	<input type="checkbox"/> 痛みで食べ物を変更・工夫した、治療用の含嗽薬や口腔軟膏を使用した	<input type="checkbox"/> 痛みでほとんど食べられなかった	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問6 手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなったが痛みはない	<input type="checkbox"/> 手足が赤くなり痛みもあった	<input type="checkbox"/> 手足に痛みがあり身の回りのことができない(入浴、着脱衣、排泄、食事など)	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問7 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 部分的に皮疹が出来た	<input type="checkbox"/> 体の10-30%程度に皮疹ができた/見た目が気になり、外出や家族以外の面会を控えている	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%以上に症状があり、入浴・睡眠など生活に制限がある	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問8 爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 赤くなったが痛みはなし	<input type="checkbox"/> 痛みや滲出液を伴う	<input type="checkbox"/> 症状により歩行や手先の作業に支障がある	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問9 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より1~3回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より4~6回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が以前より1日7回以上増えた	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問10 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便秘して薬剤や浣腸を何回か使用した	<input type="checkbox"/> 便秘して薬剤や浣腸を毎回使用した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問11 末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 指先や足裏に違和感があったが今は何ともない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の動作に影響がある(買い物、食事の準備、電話の使用、金銭の管理など)	<input type="checkbox"/> 身の回りの動作への影響がある(入浴、ボタンかけ、排泄、箸の使用など)	<input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 以前から	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 持続	
問12 痛みの問診について	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	「全く痛みがない」を0、「想像できる最大の痛み」を10として、痛みの程度を数値で教えてください (NRS評価)		最大	最小	平均
			痛みで困っていること <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		鎮痛剤の効果の自覚 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		

< 保険薬局からの情報提供 (副作用に関する具体的内容等) ・提案内容・対応内容 >

< 返信欄 (病院使用欄) >

- 報告内容を確認いたしました。
- 報告内容を医師へ報告しました。

返信日: 年 月 日 病院名 つがる総合病院 所属 氏名

