

【注意】この FAX での情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は、通常通り薬剤部へ電話にてお願いします。

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

がん化学療法トレーシングレポート

担当医 <p style="text-align: center;">先生御侍史</p>	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	TEL _____ FAX _____ 担当薬剤師 _____ 印
<input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告します。	この情報を伝えることに 患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。
聞き取り日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 () タイミング : <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者から薬局への問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ 対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 レジメン : _____	

＜注意＞ 緊急性のある場合は医師へ連絡又は患者より化学療法ホットラインに連絡する様にしてください。
 Grade2 以上の症状（緊急性がなく次回の診察への情報提供）について記載をお願いします。
 現在の状況より悪化時は化学療法ホットラインに連絡するよう伝えてください。 → 伝えた

有害事象	実際の症状の詳細

主な副作用症状の Grade2 ※グレード評価は CTCAE ver. 4.0 に基づいて行っています。

口腔粘膜炎	中等度の疼痛：経口摂取に支障がない：食事の変更を要する
下痢	ベースラインと比べて 4-6 回/日の排便回数増加：ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加
便秘	緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症状：身の回り以外の日常生活動作の制限
悪心	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
嘔吐	24 時間に 3-5 エピソードの嘔吐（5 分以上間隔が開いたものをそれぞれ 1 エピソードとする）
食欲不振	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂取量の変化：経口栄養剤による補充を要する
末梢神経障害	中等度の症状がある：身の回り以外の日常生活動作の制限
全身倦怠感	だるさ、または元気がない：身の回り以外の日常生活動作の制限
浮腫	四肢間の差が最も大きく見える部分で、体積または周長の差が >10-30%：腫脹または四肢の解剖学的構造が不明瞭になっていることが診察で容易にわかる：皮膚のしわの消失：解剖学的な輪郭の異常が容易にわかる
HFS(手足症候群)	疼痛を伴う皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症）：身の回り以外の日常生活動作の制限
高血圧	ステージ 1 の高血圧（収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血圧 90-99mmHg）：内科的治療を要する：再発性または持続性
皮膚障害	中等症：最小限/局所的/非侵襲的治療を要する：年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

★その他、病院側への情報提供（次回の診察への情報提供）

外来化学療法ホットライン

受付時間 平日 8:30~1700
 電話番号 078-231-6006（代表）外来化学療法室へ転送
 ★上記時間以外は下記電話番号にて対応
 電話番号 078-241-9295（救急受付）

病院記載欄：

担当者名 _____

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案内容に変更します。
- 提案意図は理解しましたが、現状を継続し経過観察します。
- 提案内容を考慮し、以下のように対応します。

(_____)