

# トレーシングレポート(殺細胞性抗がん剤用)

施設間情報提供書を作成した日時を記載

担当医 外科 近中花子 先生	保険薬局 名称: 所在地: Tel, FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 111222333 患者名: 近中 太郎	患者に問診を行った日時を記載
確認日: 2021. 9. 1	確認方法: <input checked="" type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ( )

●副作用の評価(治療開始前と比較): 〇の症状は重大な副作用の可能性が考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いいたします。各症状の該当する項目に/または〇をしてください。未確認の症状は未記入としてください。

体重の変化 →  なし  あり【前回: 60 kg (測定日 2021/8/10) → 今回: 60 kg (測定日 2021/9/1)】

発熱(腋窩37.5℃以上)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
間質性肺炎(空咳・呼吸苦・軽動作での息切れ等)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

該当なし	Grade1	Grade2	Grade3
<input type="radio"/> 悪心(吐き気)	<input type="radio"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> 嘔吐	<input type="radio"/> 治療を要さない	<input type="radio"/> 外来での静脈内栄養を要する; 内科的治療を要する	<input type="radio"/> 経管栄養/TPN/入院を要する
<input type="radio"/> 倦怠感	<input type="radio"/> だるさがある、または元気がない	<input type="radio"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="radio"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
<input type="radio"/> 食欲不振(食欲低下)	<input type="radio"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="radio"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 経口栄養剤による補充を要する	<input type="radio"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴う; 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する
<input type="radio"/> 口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="radio"/> 症状がない、または軽度の症状; 治療を要さない	<input type="radio"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍; 食事の変更を要する	<input type="radio"/> 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
<input type="radio"/> 下痢	<input type="radio"/> ベースラインと比べて<4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軽度増加	<input type="radio"/> 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の中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="radio"/> ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加; 入院を要する; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="radio"/> 便秘	<input type="radio"/> 不定期または間欠的な症状; 緩下薬/緩下薬/食事の工夫/洗腸を不定期に使用	<input type="radio"/> 緩下薬または洗腸の定期的な使用を要する持続的状況; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> 手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群) 部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	<input type="radio"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="radio"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="radio"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="radio"/> 末梢性感覚ニューロパチー 部位: <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 症状: <input checked="" type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性	<input type="radio"/> 症状がない	<input type="radio"/> 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限 (症状: ボタンがとめにくい)	<input type="radio"/> 高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限 (症状: )
<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> 問診時に該当する項目があれば〇で囲む塗りつぶしてない項目のみ該当する場合は、病院へ用紙をFAX	<input type="radio"/> 塗りつぶしてある項目に該当した場合は、直接薬剤部へ電話連絡	<input type="radio"/> -
<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> -

(CTCAE v5.0-JCOG|CTCAE v5.0/MedDRA v20.1(日本語表記:MedDRA/J v22.1)対応)を一部変更

## ●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む)

経口抗がん剤または支持療法の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬剤名:	残薬:
服薬状況: <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 継続服用できていない <input type="checkbox"/> その他( )	
継続服用できていない理由: <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## ●その他特記事項(処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)