

第2回久留米三井薬剤師会がんサポート研修会

<研修会の目的>

- ① 薬局薬剤師のがん領域スキルアップによるがん患者のサポート
- ② 医療チームの連携によるがん患者のサポート→トレーシングレポート活用

研修会を受講すれば実践的ながん患者のサポートができるよう、
トレーシングレポート(別紙)で注目すべき事項を中心に2年全8回を予定しています

日時:2022年9月21日(水)19:30~21:00

開催形式:

- ①【現地受講】久留米三井薬剤師会会館 先着20名(集合研修)
- ②【Zoom受講】定員なし(集合研修即時配信)

参加対象:久留米三井薬剤師会会員、非会員(他地区、病薬可)

※上記目的を鑑み、参加制限を設けず、無料としています

参加方法:久留米三井薬剤師会ホームページより申込下さい→

申込期間:2022年8月31日(水)~2022年9月16日(金)



座長 聖マリア病院 薬剤部 野口 直美 先生

【基調講演】久留米大学病院 薬剤部 堤 一貴 先生

『トレーシングレポート副作用解説:

倦怠感/好中球減少症』

【特別講演】久留米大学医学部 産婦人科学講座 准教授

西尾 真 先生

『進行・再発子宮体癌における

新たな治療戦略』

- 日本薬剤師研修センターの研修単位(1単位)を申請中です
- 上記単位付与希望者は久留米三井薬剤師会ホームページの「PECSIによる集合研修・Web受講の手引き」を必ず熟読しご参加下さい
講義90分につき1単位(時分の端数は切り捨て)となりますのでご注意ください
遅刻や中途の退出等の場合、単位付与できません
- ①現地受講の方は本人QRコードと写真付き身分証明書が提示できる状態でご参加ください
- ②Zoom受講の方はキーワード報告はありませんが、受講時間(ログ)が記録されます
- 本研修会の録画・録音・撮影等はお控え頂きます様お願いいたします
- 日本薬剤師会生涯学習支援システムJPALSの研修会コードは(一社)久留米三井薬剤師会又は(公社)福岡県薬剤師会のホームページに記載されますのでご確認下さい
- ご不明な点は(一社)久留米三井薬剤師会 TEL 0942-36-7790までご連絡下さい

共催:(一社)久留米三井薬剤師会/エーザイ株式会社/株式会社アステム

がん化学療法用 トレーシングレポート 《久留米版》 Ver.1

緊急の場合は通常通り『疑義照会』で処方医に確認します

処方箋発行日： _____ 年 月 日	電話番号： _____
診療科： _____	FAX番号： _____
処方医： _____	薬剤師： _____
患者ID： _____	レジメン名： _____
患者氏名： _____	フォローアップ確認日： _____ 月 日

1. アドヒアランス確認

残薬なし 残薬あり→ 詳細と理由 (_____)

2. 緊急性の高い症状の有無 → ありの場合は「疑義照会」で処方医に確認

- ・白血球減少を伴う発熱 (37.5℃以上) なし あり
- ・高熱性肺炎を疑う呼吸困難、息切れ、咳嗽 なし あり
- ・重篤な出血 (吐血、下血、喀血、血尿) なし あり
- ・急激な体重増加、浮腫 なし あり

3. 副作用 発現状況 確認 → Grade2以上は _____ に連絡

	症状確認	症状有無	Grade	制限
悪心 食欲不振	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に	_____を要する
嘔吐	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 24時間に1	_____以上
口内炎	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度症状で	_____口摂取に
下痢	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 日常と比較 便回数増加	_____以上の
便秘	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不定期また	_____状
手足症候群	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わな	_____なる
爪囲炎	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 爪襞の浮腫や紅斑;角質の剥脱	<input type="checkbox"/> 内服治療を要する; 身の回り以外の日
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める 紅色丘疹、膿疱	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める 紅色丘疹、膿疱
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状がなく臨床所見または	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日 身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日 身の回りの日常生活動作の制限
高血圧	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 120~139/ 80~89mmHg	<input type="checkbox"/> 140~159/ 90~99mmHg <input type="checkbox"/> 160/100mmHg以上

ここを
解説します

4. 特記事項 (治療上の悩み・不安、処方・検査提案、在宅における困難・課題点 等)

病院記載欄

ご報告ありがとうございます。以下の様に対応しました。 薬剤師名： (_____ 印 _____)

電子カルテに取り込んでいます 主治医に報告しています

薬剤師よりコメント (_____)

このトレーシングレポートは久留米三井薬剤師会
ホームページよりダウンロードできます