

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
- ・間質性肺炎を疑う呼吸困難、息切れ、空咳 なし あり
- ・重篤な出血 (吐血、下血、咯血、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以上はすみやかに連絡

| | 症状確認 | 症状有無 | Grade1 | Grade2 | Grade 3 |
|------------|------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| 悪心 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下 | <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない 経口摂取 | <input type="checkbox"/> 経管栄養、TPN、入院を要する |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 24時間に1~2エピソード | <input type="checkbox"/> 24時間に3~5エピソード | <input type="checkbox"/> 24時間に6エピソード以上 |
| 口内炎 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度症状で治療を要さない | <input type="checkbox"/> 中等度の疼痛があり、食事変更により 経口摂取 | <input type="checkbox"/> 高度の疼痛があり、経口摂取に 支障がある |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 日常と比較して3回/日以下の 便回数増加 | <input type="checkbox"/> 日常と比較して4~6回/日の 便回数増加 | <input type="checkbox"/> 日常と比較して7回/日以上 の便回数増加 |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不定期または間欠的症状 | <input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を 要する持続的症状 | <input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な症状 |
| 手足症候群 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微皮膚症状 | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化による 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 高度の皮膚の変化による 身の回りの日常生活動作の制限 |
| 爪囲炎 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <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; 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 外科的処置を要する; 身の回りの日常生活動作の制限 |
| ご瘡様皮疹 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <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10%~30%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"/> 症状がなく臨床所見または 検査所見のみ | <input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 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"/> だるさがある、または元気がない | <input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 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"/> 120~139/ 80~89mmHg | <input type="checkbox"/> 140~159/ 90~99mmHg | <input type="checkbox"/> 160/100mmHg以上 |

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 (_____)