

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	Grade3
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"/> 爪襷の浮腫や紅斑;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 (_____)