**蒲郡市民病院薬局　御中** 報告日　　　　　　年　　　月　　　日

**【服薬情報提供書(がん薬物療法)】トレーシングレポート**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医:　　 科 | 保険薬局　名称・所在地 |
|  先生 |
| 患者ID:　患者名:  | 電話番号: FAX番号: |
| 担当薬剤師名:　 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　[ ] 得た。　　[ ] 得ていない。[ ] 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 |

**がん薬物療法( 　　　　　　　　　　療法 )に関する薬学的管理(副作用評価及び服薬指導)を行いました。**

**下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。**

化学療法実施日　【　　月　　日】、化学療法実施後【　　日目】時点での確認事項は以下の通りです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【副作用の評価(※　　　の症状がある場合には、電話での速やかな報告もお願いします)】****・発熱(38℃以上)****・感染症様症状（喉の痛み、排尿時痛）****・呼吸困難・息切れ・空咳****・浮腫・急激な体重の増加(3日以内に2㎏以上の増加) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先：(0533)66-2200 (代表)　　各科外来**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **症状** | **Grade1** | **Grade2** | **Grade3** |
| **下痢** | [ ] なし | [ ]  | <4回/日の排便回数の増加 | [ ]  | 4-6回/日の排便回数の増加:身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 7回以上/日の排便回数の増加;便失禁;身の回りの日常生活動作の制限 |
| **便秘** | [ ] なし | [ ]  | 不定期または間欠的な症状;緩下薬、浣腸を不定期に使用 | [ ]  | 緩下薬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 | [ ]  | 摘便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限 |
| **食欲不振,吐き気** | [ ] なし | [ ]  | 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下 | [ ]  | 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減少 | [ ]  | 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 |
| **嘔吐** | [ ] なし | [ ]  | 24時間に1-2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） | [ ]  | 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） | [ ]  | 24時間に6エピソード以上の嘔吐（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）; TPNまたは入院を要する |
| **口内炎** | [ ] なし | [ ]  | 症状がない、または軽度の症状がある;治療を要さない | [ ]  | 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 | [ ]  | 高度の疼痛;経口摂取に支障がある |
| **しびれ** | [ ] なし | [ ]  | 臨床所見または検査所見のみ | [ ]  | 中等度の症状;身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限 |
| **ざ瘡様皮疹** | [ ] なし | [ ]  | 体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱 | [ ]  | 体表面積の10-30％を占める紅色丘疹または膿疱;社会心理学的な影響を伴う;身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 体表面積の>30％を占める紅色丘疹または膿疱;身の回りの日常生活動作の制限;経口抗菌薬を要する局所の重複感染 |
| **皮膚乾燥** | [ ] なし | [ ]  | 体表面積の<10%を占めるが紅斑やそう痒は伴わない | [ ]  | 体表面積の10-30%を占め、紅斑またはそう痒を伴う;身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 体表面積の>30%を占め、そう痒を伴う;身の回りの日常生活動作の制限 |
| **爪囲炎** | [ ] なし | [ ]  | 爪襞の浮腫や紅斑;角質の剥離 | [ ]  | 局所的処置を要する;内服治療を要する;疼痛を伴う爪襞の浮腫や紅斑;浸出液や爪の分離を伴う;身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 外科的処置や抗菌薬の静脈内投与を要する; 身の回りの日常生活動作の制限 |
| **手掌・足底発赤知覚不全症候群** | [ ] なし | [ ]  | 疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(紅斑,浮腫,角質増殖症) | [ ]  | 疼痛を伴う皮膚の変化(角質剥離,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 | [ ]  | 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(角質剥離,水疱,出血,浮腫,角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限 |
| **疲労感** | [ ] なし | [ ]  | 休息により軽快する疲労 | [ ]  | 休息によって軽快しない疲労;身の回り以外の日常生活動作の制限 | [ ]  | 休息によって軽快しない疲労;身の回りの日常生活動作の制限 |

**症状の詳細・その他の症状:** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(CTCAEv5.0　JCOGを一部改変。※嘔吐のみCTCAEv4.0に準拠) |
| **その他の報告事項・提案事項・患者への指導事項:** |

**※内服抗がん薬初回指導時は、該当箇所を記入して必ず提出お願いします。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ver.1.1

**蒲郡市民**