

がん患者用トレーシングレポート(服薬情報提供書)

処方日: 20 年 月 日

担当医 先生 御机下	科	保険薬局名
患者IDもしくは生年月日:		電話番号:
患者名:		FAX番号:
		報告者名(薬剤師):

薬剤名またはプロトコール名:

【現在の有害事象発現状況について本枠内の各項目に無または有に○をつけ、また□には該当する場合✓してください】

【今回の治療開始から現在までの有害事象発現状況で一番酷かった時の状況について各項目に該当する場合✓してください】

は薬剤毎に必要時評価してください。

有害事象	無・有	病院連絡の目安	Grade1	Grade2	Grade3	発現時期 (いつからいつまで)
発熱	℃ □	38.0℃以上	□ 38.0~39.0℃	□ 39.0~40.0℃	□ 40.0℃以上	
血圧	/ mmHg □	180/120mmHg 以上	□ 120~139/80~89mmHg	□ 140~159/90~99mmHg	□ 160/100mmHg以上	
食欲不振	無・有 □	3日以上続く、食事量0~30%への食欲低下	□ 食事量50~80%への食欲低下	□ 食事量30~50%への食欲低下	□ 3日以上続く、食事量0~30%への食欲低下	
悪心	無・有 □	3日以上続く、食事量0~30%への食欲低下	□ 食事量50~80%への食欲低下	□ 食事量30~50%への食欲低下	□ 3日以上続く、食事量0~30%への食欲低下	
嘔吐	無・有 □	1日に3回以上の嘔吐	□ 1日に1~2回の嘔吐	□ 1日に3~5回の嘔吐	□ 1日に6回以上の嘔吐	
下痢	無・有 □	通常の排便回数+4回以上/日の下痢	□ 通常の排便回数+1~3回/日の下痢	□ 通常の排便回数+4~6回/日の下痢	□ 通常の排便回数+7回以上/日の下痢	
便秘	無・有 □	※別紙参照	□ 下剤を時々使用	□ 下剤を定期的に使用	□ ※別紙参照	
口腔粘膜炎	無・有 □	疼痛があり、摂食できない	□ わずかで摂食に影響なし	□ 疼痛があり、摂食の工夫が必要	□ 疼痛があり、摂食できない	
倦怠感	無・有 □		□ だるさがある、または元気がない	□ 身の回り以外の日常生活動作が制限される	□ 身の回りの生活動作が制限される	
手足症候群	無・有 □	疼痛を伴う掌または足裏の皮膚炎があり普段の生活ができない	□ 疼痛を伴わない掌または足裏の皮膚炎	□ 疼痛を伴う掌または足裏の皮膚炎があり普段の生活できる	□ 疼痛を伴う掌または足裏の皮膚炎があり普段の生活ができない	

※病院連絡の目安に該当する場合は、当院へご連絡するよう指導お願い致します。

提案事項・その他報告事項

【病院使用欄】

担当医は報告内容について確認し、返信欄に対応を記載して下さい。

担当医からの返信欄

- 報告内容を確認させていただきました。今後ともよろしく願います。
 次回診察時に確認させていただきます。
 ご報告内容につきましては経過観察させていただきます。
 下記の通り対応させていただきます。

記載日

記載医師名

年 月 日

※便秘：別紙

《便秘のとき》

