



**<注意> このFAX よる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

千葉県がんセンター 御中

報告日: 年 月 日

トレーシングレポート【がん薬物療法】

担当医 先生	科	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :		電話番号 :
患者名 :		FAX 番号 :
レジメン名 (薬剤名) :		担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		
<input type="checkbox"/> 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るので報告します。		

下記の通りご報告致します。

【副作用モニタリング】 該当する症状に☑してください。				
症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3
悪心	<input type="checkbox"/>	<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、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24 時間に 1~2 回	<input type="checkbox"/> 24 時間に 3~5 回	<input type="checkbox"/> 24 時間に 6 回以上
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がないまたは軽度の症状	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がある高度の疼痛
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より 1~3 回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より 4~6 回/日の増加	<input type="checkbox"/> 普段より 7 回以上/日の増加
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期に下剤の使用や食事の工夫	<input type="checkbox"/> 緩下剤または洗腸を定期的の使用	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす頑固な便秘
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度のだるさまたは元気がない	<input type="checkbox"/> 中等度のだるさで日常生活に一部制限	<input type="checkbox"/> 高度のだるさで日常生活に支障がある
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痺れがあるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 痺れにより身の回り以外の日常生活動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 痺れにより日常生活に支障がある
皮膚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状があるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 中等度の症状により身の回り以外の日常生活動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 高度の症状により日常生活に支障がある
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚変化・日常生活に支障がある
筋肉痛関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛があるが日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 疼痛により動作に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛により日常生活に支障がある
味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化	<input type="checkbox"/> 高度の症状により日常生活に支障がある
【上記症状についての詳細内容 (補足)】				
【その他】上記以外の症状があれば以下に記載をしてください。				
【薬剤師としての提案事項】				
【※緊急を要する副作用を発見した場合】 該当する症状 :				
<input type="checkbox"/> 直接医師へ連絡した				
<input type="checkbox"/> 患者さんに病院へ連絡・受診してもらうよう勧めた				