

## 抗がん剤治療に関する服薬情報提供書(トレーシングレポート) レジメン名:

担当医	科	医師御机下	保険薬局名・担当薬剤師
患者 ID:	性別: 男・女		保険薬局名
患者氏名:			担当薬剤師名:
生年月日:			電話番号: FAX 番号:

患者様の治療経過に関して以下の通り報告します

 薬局→患者へ連絡
  患者→薬局へ連絡(問合せ)
  投薬時

聞き取り日時: 年 月 日( ) 時 分~ 時 分
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 患者・家族の同意取得: <input type="checkbox"/> あり
内服抗がん剤(薬品名): _____
服用期間: 月 日( )~ 月 日( ) 服用 / 月 日( )~ 月 日( ) 休薬
アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(飲み忘れ回数 回(残薬 錠 その他: _____))

有害事象	支持薬 (手持ちを含む)	未確認	症状	指導内容	医療機関への 緊急連絡の症状
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	食事摂取量 _____ 割(抗癌剤開始前と比較) 体重減少 <input type="checkbox"/> あり(現クール開始日より _____ kg) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事のとり方を指導した <input type="checkbox"/> 水分摂取を指導した <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用方法を指導した <input type="checkbox"/> その他( )	水分が摂取できない 著しい体重減少
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	嘔吐の頻度 _____ 回/日 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示した <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について再度説明した <input type="checkbox"/> その他( )	6 回以上/24 時間の 嘔吐(5 分以上間隔 が空いた場合に 1 回 とする) 水分が摂取できない
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	下痢の頻度 _____ 回/日 ロペラミド内服頻度 _____ 回/日 残数 _____ 錠・カプセル <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した	ベースラインに比べ て軟便または水様便 が 7 回/日以上増加、 水分摂取ができない
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	最終排便日 _____ / _____ 排便がなかった日数: 最長 _____ 日 <input type="checkbox"/> 下剤の服用を指示した <input type="checkbox"/> 下剤の服用について再度説明した <input type="checkbox"/> その他( )	下剤を内服しても改 善しない、腹痛、など で日常生活動作がで きない
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	含嗽の頻度 _____ 回/日 <input type="checkbox"/> 含嗽を指導した 歯磨き _____ 回/日 <input type="checkbox"/> 口腔ケアを指導した <input type="checkbox"/> その他( )	疼痛で食事摂取がで きない、水分摂取量 が低下した
皮膚症状 (手足症候 群、皮疹 など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬品名)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適性使用について指導した <input type="checkbox"/> 手掌や足の裏の観察、セルフケアなどを指導した <input type="checkbox"/> その他( )	疼痛を伴う紅斑や皮 膚肥厚、広範囲にわ る水疱、または日常 生活動作ができない
その他の 症状、 指導内容 伝達・ 提案事項 など	※抗がん剤の適正使用、服薬状況などに関する情報提供、処方内容に関連した提案、継続の必要性が乏しい薬剤などは こちらへ記載してください				

Grade 評価は原則 CTCAE ver5.0 に基づいて記載してください

&lt;注意&gt;緊急性のある情報提供に関してはトヨタ記念病院 化学療法室へ直接お電話ください 電話:0565-28-0100(代)

病院記載欄:  FAX 受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院)

## (参考)有害事象のグレードについて

有害事象	グレード	具体的症状
悪心	Grade1	摂食習慣に影響のない食欲低下
	Grade2	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
	Grade3	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	Grade1	治療を要さない
	Grade2	外来での静脈内輸液を要する;内科的治療を要する
	Grade3	経管栄養/TPN/入院を要する
食欲不振	Grade1	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
	Grade2	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化;経口栄養剤による補充を要する
	Grade3	顕著な体重減少または栄養失調を伴う(例:カロリーや水分の経口摂取が不十分);静脈内輸液/経管栄養/TPNを有する
下痢	Grade1	ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加
	Grade2	ベースラインと比べて<4-6回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加
	Grade3	ベースラインと比べて<7回/日の排便回数増加;便失禁;入院を要する;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が高度増加;身の回りの日常生活動作の制限
便秘	Grade1	不定期または間欠的な症状;便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用
	Grade2	緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀;身の回り以外の日常生活動作の制限
	Grade3	排便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	Grade1	だるさがある、または元気がない
	Grade2	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
	Grade3	身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
口内炎	Grade1	症状がない、または軽度の症状がある;治療を要さない
	Grade2	経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍;食事の変更を要する
	Grade3	高度の疼痛;経口摂取に支障がある
手足症候群	Grade1	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)
	Grade2	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限
	Grade3	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限
ざ瘡様皮疹	Grade1	体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない
	Grade2	体表面積の<10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない;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
	Grade3	体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない;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
末梢神経障害	Grade1	症状がない
	Grade2	中等度の症状;身の回り以外の日常生活動作の制限
	Grade3	高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限