

トレーシングレポート（外来がん化学療法等用）

担当医 科 先生	保険薬局 名称
患者ID： 患者名：	TEL： FAX：
	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（ 本人・家族 ） 得ていない）
（レジメン名： 投与開始日：202 年 月 日）に関する薬学的
管理を行いましたので報告します。

【副作用評価】次に該当する場合あるいは下表でGrade3に該当する場合は電話連絡をお願いします。

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ・発熱（38℃以上） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ・感染症様症状（のどの痛み・排尿時痛・咳） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ・間質性肺炎を疑う症状（呼吸困難・息切れ・空咳） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ・重篤な出血（吐血・下血・喀血・持続する鼻出血・血尿など） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| ・浮腫（3日以内の急激な体重増加） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

症状	Grade1	Grade2	Grade3
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普段と比べて4回/日の回数増加； 普段と比べて人工肛門からの排泄量 が軽度増加	<input type="checkbox"/> 普段と比べて4-6回/日の回数増加； 普段と比べて人工肛門からの排泄量が 中等量増加	<input type="checkbox"/> 普段と比べて7回/日の回数増加； 普段と比べて人工肛門からの排泄量が高 度に増加
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状；便 軟化薬/緩下薬/食事の工夫/洗 腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤または洗腸の定期的使用 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	<input type="checkbox"/> 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
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない 摂食量の変化；経口栄養剤による補充 を要する	<input type="checkbox"/>
悪心	<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、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"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間以内に1-2回の嘔吐(5分以上間 隔があった場合を1回と数える)	<input type="checkbox"/> 24時間以内に3-5回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 24時間以内に6回以上の嘔吐
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状があ る	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛；経口摂取に支障なし食 事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛；経口摂取に支障がある
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中等度の症状；身の回り以外の 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 高度の症状；身の回りの 日常生活に支障がある
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体の面積の10%以下を占め、 紅斑やかゆみを伴わない	<input type="checkbox"/> 体の面積の10-30%を占め、紅斑やか ゆみを伴う。身の回り以外の日常生活 に支障がある	<input type="checkbox"/> 体の面積の30%以上を占め、かゆみを伴 う。身の回りの日常生活に支障がある
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 体の面積の10%以下を占める紅色丘 疹または膿疱	<input type="checkbox"/> 体の面積の10-30%を占める紅色丘 疹または膿疱	<input type="checkbox"/> 体の面積の30%以上を占める紅色丘疹ま たは膿疱がかゆみや痛みを伴う
手足症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化ま たは皮膚炎（紅斑、浮腫など）	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化（皮むけ、水疱、 出血、亀裂、浮腫）；身の回り以外の 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化（皮むけ、 水疱、出血、亀裂、浮腫など） ；身の回りの日常生活に支障がある
倦怠感	<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を制限するだ るさがある。または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活を制限するだるさ がある。または元気がない状態

その他の症状・症状の詳細

薬剤師としての提案事項・その他報告事項