

化学療法服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日: 年 月 日

診療科	調剤薬局名
医師名	薬剤師名
患者ID番号	TEL番号
患者氏名	FAX番号

この情報を伝える上で、患者からの同意を	<input type="checkbox"/> 得た
	<input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と考えられるため報告する

〈報告・提案内容〉該当する項目に、印□を付けて、FAXにてご連絡ください。  
 アドヒアランス不良 → 理由 ☐ 飲み忘れ ☐ 自己判断 ☐ その他

副作用発現状況

下記の表に該当する副作用が認められた場合、印☑を付けて、FAXにてご連絡ください。

副作用名	副作用の強さ		
	1	2	3
食欲不振	<input type="checkbox"/> 食欲は減ったがいつもと同じくらい食べられた	<input type="checkbox"/> 食欲がなく食べる量が減った	<input type="checkbox"/> 数日食事水分も取れなかった
吐き気	<input type="checkbox"/> 吐き気は少しあったが、食べれた	<input type="checkbox"/> 吐き気があるが食事量も減った	<input type="checkbox"/> 吐き気で数日食事水分も取れなかった
嘔吐	<input type="checkbox"/> 嘔吐があったが、治療を必要とはしなかった	<input type="checkbox"/> 嘔吐があり、外来で点滴を受けた	<input type="checkbox"/> 嘔吐が続き、入院治療を受けた
味覚異常	<input type="checkbox"/> 味覚の変化はあったが食事量は変わらない	<input type="checkbox"/> 食事量が変わるような味の変化があった。	
下痢	<input type="checkbox"/> 1日に1～3回下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日に4～6回下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日に7回以上下痢があった
便秘	<input type="checkbox"/> 食事の工夫や時々緩下剤や浣腸を使用した	<input type="checkbox"/> 緩下剤や浣腸を定期定期に使用した	<input type="checkbox"/> 頑固な便秘で日常生活に支障があった
口腔粘膜炎症	<input type="checkbox"/> 発生したが、食事量に影響はなかった	<input type="checkbox"/> 発生したが、食事を工夫してたべられた	<input type="checkbox"/> 痛くて食事量が減った
しびれ	<input type="checkbox"/> しびれがあったが正常に動かせた	<input type="checkbox"/> しびれがあり、動かしにくかった	<input type="checkbox"/> しびれがあり日常生活に支障があった
疲労	<input type="checkbox"/> 休息により回復した	<input type="checkbox"/> 日常生活の一部に支障があった	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があった
手足症候群	<input type="checkbox"/> あったが痛みを感じることはなかった	<input type="checkbox"/> 痛みがあったが日常生活に支障はなかった	<input type="checkbox"/> 痛みがあり日常生活に支障があった
疼痛	<input type="checkbox"/> 痛みはあったが問題なく体を動かせた	<input type="checkbox"/> 痛みで動かしにくいが生活に支障はなかった	<input type="checkbox"/> 痛みが強く日常生活に著しく支障があった
咳	<input type="checkbox"/> ほとんどない。生活に少し支障がある。	<input type="checkbox"/> 時々ある。生活にある程度支障がある。	<input type="checkbox"/> 頻繁にある。生活にかなり支障をきたす
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 体を動かしたときに息切れする	<input type="checkbox"/> 立つ、座る等の軽い動作で息切れする	<input type="checkbox"/> 安静にしているでも息切れする

免疫チェックポイント阻害剤の副作用			
空咳・息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	口渇・多尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
筋肉痛・手足の	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
黄疸・血尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	掻痒感・発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

連絡事項

--

ご提供いただいた情報は、担当医師に連絡します。

〈注意〉当レポートによる情報伝達は疑義照会ではありません。  
 副作用の強さが「3」の時は医療機関に受診を勧めてください