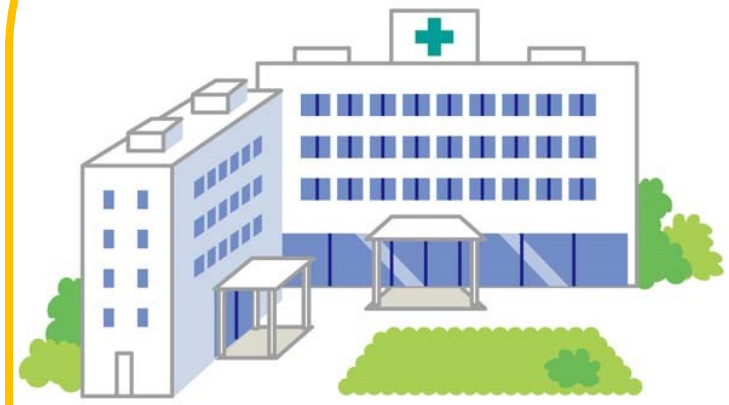
病院

保険薬局



当院では、トレーシングレポート・お薬手帳シールを介して保険薬局と連携することで、薬物治療を受けているがん患者さんの副作用対策・アドヒアランスの向上に努めています

FAX番号 03-○○○○-△△△△

東京慈恵会医科大学附属第三病院 薬剤部 行

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

報告日： 年 月 日（ ）

がん化学療法 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

診療科： 外科 担当医：慈恵 大郎 先生 御机下

患者氏名(ID)： 薬剤 花子 様(12345678) 聞き取り日：2021年××月○○日（ ）

保険薬局(名称・電話番号)： 担当薬剤師名(薬局)：

対応者： 記本人 □家族 患者・または家族の同意：記有 □無

レジメン： TAS-102+BV療法 2コース目day1

①有害事象評価

有害事象	申請欄	無	有（グレード）	備考・指導内容
食欲不振			G1	服用の目安：最重症は投薬減少、脱水または栄養補給を伴う高ビロ消化管障害の減少(Grade3) 支持療法薬剤：メトクロプラミド錠用
嘔吐				指導内容：②制吐剤の服用を指示 □制吐剤の服用について説明 □食事の工夫について説明 服用の目安：外来での静脈内輸液を要する、内科的治療を要する(Grade3) 支持療法薬剤：
下痢				指導内容：□制吐剤の服用を指示 □制吐剤の服用について説明 □食事の工夫について説明 服用の目安：ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加(Grade2) 頻度： 回/日 支持療法薬剤：
便秘				指導内容：□下痢止めの服用を指示 □下痢止めの服用について説明 服用の目安：腸下閉塞または保護の目的の使用を要する持続の嘔吐(Grade2) 頻度： 日/回、酸剤飲薬感（有 ・ 無）支持療法薬剤：
末梢神経障害			G1	指導内容：□下剤の服用を指示 □下剤の服用について説明 服用の目安：日常生活の支障(Grade2) 支持療法薬剤：特に無し 指導内容：②痛みの原因となる薬剤について説明 ②生活上の注意について説明 服用の目安：機能喪失の恐れ(Grade3)
皮膚症状 (手足症候群, 皮膚炎等)				支持療法薬剤： 指導内容：□軟膏の塗布を指示 □軟膏の適正使用について説明 服用の目安：皮膚剥離・潰瘍形成、重篤な感染症(Grade3)
口内炎				支持療法薬剤： 指導内容：□含嗽水(アズノールなど)使用について説明 □口腔ケアについて指導 服用の目安：経口摂取不能(Grade3)
好中球減少				指導内容：□発熱・感染兆候に注意するよう指導 □発熱時の抗菌薬服用について説明 服用の目安：ベッドサイドケアを必要とするもの(Grade3)
ヘモグロビン減少				指導内容：□ふらつき・めまいなどの症状に注意するよう指導 □鉄剤の服用について説明 服用の目安：輸血適応(Grade3)
血小板減少			G1	服用している抗血栓薬：なし 指導内容：②出血傾向に注意するよう指導
その他 身体症状 指導内容	②発熱 悪心（有 ） 口内炎（有 ） 下痢（有 ） 皮膚症状（有 ） 口唇乾燥（有 ） 口味覚（無 ） NRS(0～10)： □その他：			

※薬物毒性重症度については、可能な限りグレード評価(CTCAE ver5.0)による当てはめを行ってください。

②アドヒアランス

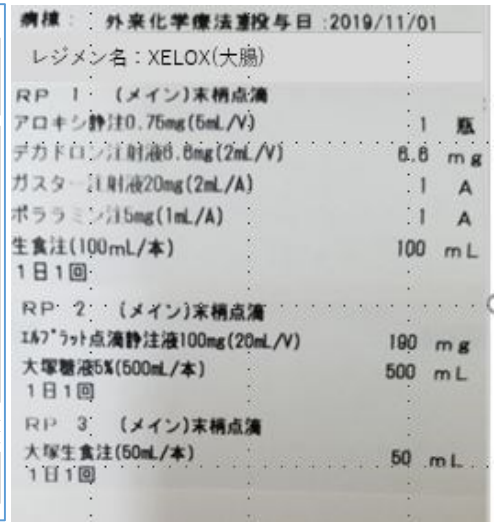
抗腫瘍薬のアドヒアランス	☑良	□不良（ 飲み忘れ回数 回 その他： ）
支持療法薬のアドヒアランス	☑良	□不良（ 飲み忘れ回数 回 その他： ）

③薬剤師薬局服薬剤師より報告（フリーコメント）

1コース目はロンサーフ錠の飲み忘れなく服薬アドヒアランスは良好でした。発熱時の抗菌薬が処方されているため、服用方法と感染予防の重要性を説明しました。病院先に末梢神経障害の症状が残存していますが、本治療では薬剤性の神経障害が生じるケースは稀であり、即治療(FOLFOX)の副作用が残存していると状況であることを説明しています。**軽度の社会気**がありメトクロプラミドを1日1～2回服用していたとのことです。今回は手持ちの分で対応できるとのことでしたが、使用状況によっては、次回コースでメトクロプラミド定期服用の処方までご検討ください。

<注意> 緊急性のある情報提供、がん化学療法に関する問い合わせは慈恵第三病院(代表)(03-3480-1151)へご連絡ください

【病院記載欄】 □次回外来日： 担当薬剤師名(病院)



病棟： 外来化学療法実施日：2019/11/01

レジメン名：XELOX(大腸)

RP 1 （メイン）末梢点滴

アロキシ静注0.75mg(5mL/V)	1	瓶
デカドロン注射液6.6mg(2mL/V)	6.6	mg
ガスター注射液20mg(2mL/A)	1	A
ポララミン注5mg(1mL/A)	1	A
生食注(100mL/本)	100	mL

1日1回

RP 2 （メイン）末梢点滴

エルプラット点滴静注液100mg(20mL/V)	190	mg
大塚糖液5%(500mL/本)	500	mL

1日1回

RP 3 （メイン）末梢点滴

大塚生食注(50mL/本)	50	mL

1日1回

トレーシングレポート・お薬手帳シールを介した連携