

がん化学療法 連携情報提供書(トレーシングレポート)

診療科:	科 担当医:	先生 御机下
患者氏名(ID):	様()	聞き取り日: 年 月 日 ()
保険薬局(名称・電話番号):	担当薬剤師名(薬局):	
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	患者・または家族の同意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
レジメン:		

①有害事象評価

有害事象	未確認	無	有(グレード)*	備考・指導内容
食欲不振				報告の目安: 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(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明
嘔吐				報告の目安: 外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 制吐剤の服用について説明 <input type="checkbox"/> 食事の工夫について説明
下痢				報告の目安: 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: 指導内容: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示 <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について説明
便秘				報告の目安: 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状(Grade2) 頻度: 日/回、腹部膨満感:(有・無) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 下剤の服用を指示 <input type="checkbox"/> 下剤の服用について説明
末梢神経障害				報告の目安: 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 痺れの原因となる薬剤について説明 <input type="checkbox"/> 生活上の注意について説明
皮膚症状 (手足症候群、皮疹など)				報告の目安: 体表面積の10-30%を占め、紅斑、そう痒、疼痛などを伴う(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示 <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について説明
口内炎				報告の目安: 疼痛を伴う、食事摂取に影響を与える症状(Grade2) 支持療法薬剤: 指導内容: <input type="checkbox"/> 含嗽水(アズノールなど)使用について説明 <input type="checkbox"/> 口腔ケアについて指導
好中球減少				報告の目安: 好中球数1000/ μ L未満・発熱や感染兆候の出現(Grade3) 指導内容: <input type="checkbox"/> 発熱・感染兆候に注意するよう指導 <input type="checkbox"/> 発熱時の抗菌薬服用について説明
ヘモグロビン減少				報告の目安: ヘモグロビン8.0g/dL未満・ふらつき・めまいなどの出現(Grade3) 指導内容: <input type="checkbox"/> ふらつき・めまいなどの症状に注意するよう指導 <input type="checkbox"/> 鉄剤の服用について説明
血小板減少				報告の目安: 血小板数50000/ μ L未満・出血の出現(Grade3) 併用している抗血栓薬: 指導内容: <input type="checkbox"/> 出血傾向に注意するよう指導
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 倦怠感:(有・無) <input type="checkbox"/> 味覚異常:(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ:(有・無) <input type="checkbox"/> 血圧上昇:(有・無) <input type="checkbox"/> 疼痛(有・無) NRS(0~10): <input type="checkbox"/> その他:			

※副作用の重症度については、可能な限りグレード評価(CTCAE ver5.0)に基づいて行ってください。

②アドヒアランス

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(飲み忘れ回数 回 その他:)

③保険調剤薬局薬剤師より報告(フリーコメント)

--

<注意> 緊急性のある症状は直接おかけの診療科外来へ慈恵第三病院(代表)(03-3480-1151)を通じてご連絡ください。

【病院記載欄】 次回外来日:

担当薬剤師名(病院)