

【注意】このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。  
 疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、従来どおり直接担当医師へ電話にて報告をお願いします。

## がん化学療法用 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|          |          |       |
|----------|----------|-------|
| 【担当医師】   | 科        | 先生御机下 |
| 【処方箋交付日】 | 令和 年 月 日 |       |
| 【患者氏名】   | 様（患者ID：  | ）     |
| 【生年月日】   | 年 月 日    |       |

|           |       |
|-----------|-------|
| 【保険薬局の名称】 |       |
| 【所在地】     |       |
| 【TEL】     | 【FAX】 |
| 【担当薬剤師】   | ㊞     |

◆下記の通り、副作用症状等の確認を行いましたので報告いたします。

### 1. アドヒアランスの確認

残薬なし  残薬あり→詳細・理由（ ）

### 2. 緊急性の高い症状の有無→「有」の場合は「疑義照会」で処方医に確認

- |                       |                            |                            |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 【白血球減少を伴う発熱（37.5℃以上）】 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 【間質性肺炎を疑う呼吸困難、息切れ、空咳】 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 【重篤な出血（吐血、下血、喀血、血尿）】  | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 【急激な体重増加、浮腫】          | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

※対応： 直接医師へ報告（報告日：令和 年 月 日） /  患者さんに病院への連絡・受診を勧告  
 担当医師からの指示：（ ）

### 3. 副作用発現状況の確認

\* CTCAE ver.5.0にて評価

|            | 症状確認                         | 症状有無                        | Grade 1   | Grade 2  | Grade 3   |
|------------|------------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| 悪心<br>食欲不振 | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 摂取習慣に影響のない食欲低下           | <input type="checkbox"/> 経口摂取は可能、顕著な体重減少や栄養失調を伴わない     | <input type="checkbox"/> 経管栄養、TPN、入院を必要とする          |
| 味覚異常       | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化          | <input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化                 | <input type="checkbox"/> -                          |
| 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 24時間に1～2エピソード            | <input type="checkbox"/> 24時間に3～5エピソード                 | <input type="checkbox"/> 24時間に6エピソード以上              |
| 口内炎        | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度症状で治療を要さない             | <input type="checkbox"/> 中等度の疼痛があり、食事変更により経口摂取可        | <input type="checkbox"/> 高度の疼痛があり、経口摂取に支障がある        |
| 下痢         | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 日常と比較して3回/日以下の排便回数の増加    | <input type="checkbox"/> 日常と比較して4～6回/日の排便回数の増加         | <input type="checkbox"/> 日常と比較して7回/日以上排便回数の増加       |
| 便秘         | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不定期または間欠的症状              | <input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を必要とする持続的症状     | <input type="checkbox"/> 排便を必要とする頑固な症状              |
| 手足症候群      | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚症状           | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化による身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> 高度の皮膚の変化による身の回りの日常生活動作の制限  |
| 爪囲炎        | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 爪壁の浮腫や紅斑、角質の剥脱           | <input type="checkbox"/> 内服治療を必要とする、身の回り以外の日常生活動作の制限   | <input type="checkbox"/> 外科的処置を必要とする、身の回りの日常生活動作の制限 |
| ざ瘡用皮疹      | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 対表面積の<10%を占める<br>紅色丘疹、膿疱 | <input type="checkbox"/> 対表面積の10～30%を占める<br>紅色丘疹、膿疱    | <input type="checkbox"/> 対表面積の>30%を占める<br>紅色丘疹、膿疱   |
| 末梢神経障害     | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 症状がなく臨床所見または検査所見のみ       | <input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限              | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の制限             |
| 倦怠感        | <input type="checkbox"/> 未確認 | <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動作の制限              | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の制限             |
| 高血圧        | <input type="checkbox"/> 未確認 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 120～139/80～89mmHg        | <input type="checkbox"/> 145～159/90～99mmHg             | <input type="checkbox"/> 160/100mmHg以上              |

#### ■ 詳細・指導内容