

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: 本人 家族 患者・または家族の同意: 有 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)