

がん薬物療法共通トレーシングレポートの利用方法

POINT

01 基本情報の入力

和歌山ろうさい病院 薬剤部		御中	送付先 : 073-454-5015
がん薬物療法共通トレーシングレポート			報告日: 年 月 日
担当医	科	先生	保険薬局 名称:
① 患者ID:			所在地:
患者名:			TEL/FAX:
レジメン:			担当薬剤師:
② 確認日: 月 日 (day)	確認方法: ☐ テレフォン ☐ 投薬時 ☐ その他()		
この報告に対する患者同意		☐ 同意を得た ☐ 同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します	

①(基本情報) を入力してください

②(確認日) は点滴を実施した日をday1としてください

がん薬物療法共通トレーシングレポートの利用方法

POINT

02 副作用の評価

③の『あり』にチェックがある場合は必ず緊急を要するか否か評価してください

④聞きとった症状をGradeで評価してください
(※Grade3以上は緊急を要するかも評価してください)

⑤症状の空白セルをクリックすると、④に記載のない症状を選択可能です

〈注意〉 ① ☐ にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡をお願いいたします。
② トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

③	・発熱 (38℃以上)	☐ なし	☐ あり	※S-1を服用している場合のみ回答 流涙 ☐ なし ☐ あり
	・呼吸困難、息切れ、空咳	☐ なし	☐ あり	
	・重篤な出血 (吐血、下血、喀血、血尿等)	☐ なし	☐ あり	
④	症状	Grade1	Grade2	Grade3
	嘔吐 ☐ なし	☐ 24時間に1-2回の嘔吐	☐ 24時間に3-5回の嘔吐	☐ 24時間に6回以上の嘔吐
	悪心 ☐ なし	☐ 食事や水分の摂取量に変化なし	☐ 食事や水分の摂取量が減った	☐ 水分も摂取できない
	食欲不振 ☐ なし	☐ 食欲低下あるも摂取量に変化なし	☐ 食欲がなく摂取量が減った	☐ ほとんど食事がとれない
	倦怠感 ☐ なし	☐ だるさ、疲れやすさはあるが日常生活に問題ない	☐ 身の回りのことはできるが日常生活に支障がある	☐ 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある
	下痢 ☐ なし	☐ 普段より排便が1-3回多い	☐ 普段より排便が4-6回多い	☐ 普段より7回以上の排便回数の増加 便失禁;身の回りの日常生活動作の制限
	便秘 ☐ なし	☐ たまに下剤を服用	☐ 定期的の下剤が必要	☐ 排便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限
	口内炎 ☐ なし	☐ 少し痛い	☐ 中等度の痛み、食事の変更が必要	☐ 食事ができないくらい痛い
	末梢性ニューロパチー (しびれ) ☐ なし	☐ しびれがあるが日常生活に影響なし	☐ しびれで日常生活に影響がある。(着がもみにくい、歩きにくい等)	☐ 高度の症状 身の回りの生活動作の制限
	手掌・足底発赤知覚不全症候群 (HFS) ☐ なし	☐ 痛みはないが皮膚の変化 (紅斑、浮腫、角質増殖症)はある	☐ 痛みを伴う皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症)	☐ 痛みを伴う高度の皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症)
	発疹 ☐ なし	☐ 身体の10%未満の発疹	☐ 身体の10-30%を占める発疹	☐ 身体の30%以上を占める発疹
	そう痒症 ☐ なし	☐ かゆみがあるが日常生活に影響なし	☐ かゆみで日常生活に影響はあるが身の回りのことはできる	☐ かゆみで身の回りのこともできない
	⑤	☐ なし	☐	☐
☐ なし		☐	☐	☐

がん薬物療法共通トレーニングレポートの利用方法

03

03 アドヒアランスの確認と特記事項

⑥	【服薬状況の確認】	
	経口抗がん剤の有無 ☐ あり ☐ なし 薬剤名（ 服薬状況 ☐ 継続服用できている ☐ 継続服用できていない ☐ その他（	
⑦	【その他特記事項（処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など）】	

⑥内服抗がん薬があるレジメンの場合は、アドヒアランスや服薬状況の確認をお願いします

⑦病院への報告事項（症状の詳細や処方提案など）があれば、こちらの欄にご記入ください