

<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問い合わせは、処方医師・外来治療センターへ電話にてご確認のほどお願い致します。

## 抗がん剤服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診療科： 主治医：	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者氏名： 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師：

この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を  得た  
 患者からの同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告する。

レジメン：

聞き取り日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 対応者： 本人  家族（ \_\_\_\_\_ ）

聞き取り方法  電話  面談  患者から薬局へ連絡（問い合わせなど）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

### 【抗がん剤服薬状況】

薬品名	
服薬遵守状況	1.良好 2.飲み忘れることがある(頻度: <input type="checkbox"/> まれ <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> その他( _____ )) 3.副作用のため飲み飛ばした(判断の適切性: <input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 副作用を過大評価している <input type="checkbox"/> その他( _____ ))

### 【全身状態】

PS	<input type="checkbox"/> PS0 <input type="checkbox"/> PS1 <input type="checkbox"/> PS2 <input type="checkbox"/> PS3 <input type="checkbox"/> PS4
----	--

### 【有害事象評価】

症状	程度	支持療法の使用状況	介入の必要性(具体的提案など)
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )
( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ )

自由記載欄

### 【今回の治療に関連する他院からの処方による重複投薬、相互作用に関する報告、提案事項など】

--

病院記入欄：電子カルテ記入 スキャナ取込 その他（ \_\_\_\_\_ ） 確認者印：

## 《参考資料》

・有害事象を評価し、Grade3 以上と判断した場合は、患者さんに、外来治療センターに電話連絡あるいは当院への受診をすすめてください。当院では、午前 11 時までであれば当該診療科で、11 時以降であれば救急外来での診療となりますので、できるだけ、11 時までの受診をおすすめください。なお、曜日によっては手術日の都合で外来枠を設けていない診療科もありますので、その際は救急外来での対応となります。

・有害事象評価欄の支持療法は、病院からの処方だけでなく、患者さんが使用された薬剤をご記載ください。

### 【全身状態(PS: Performance Status)】

PS0	PS1	PS2	PS3	PS4
無症状で、日常生活に制限を受けない	軽度の症状があるが、軽労働はできる	身の回りのことはできるが、軽労働はできない、日中の 50%以上は起居	身の回りのことで、しばしば介助が必要で、日中の 50%以上は臥床	身の回りのことができない、常に介助、終日臥床

### 【有害事象共通用語基準(CTCAE) v5.0】

有害事象	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
発熱	38.0-39.0°C	>39.0-40.0°C	>40.0°Cが≤24 時間持続	>40.0°Cが>24 時間持続
食欲不振	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	食事は減ったが体重はそれほど変化なし、経口栄養剤による補充を要する	顕著な体重減少または栄養失調、1日中何も食べられず水も飲めない	生命を脅かす; 緊急処置を要する
吐き気(悪心)	吐き気はあるが食べられる	食事は減ったが体重はそれほど変化なし	1日中何も食べられず水も飲めない	-
嘔吐	治療を要さない(1~2 回/日吐いた)	外来での静脈内輸液を要する(3~5 回/日の嘔吐)	経管栄養/高カロリー輸液/入院を要する(1日 6 回以上の嘔吐)	生命を脅かす
下痢	ベースラインと比べて <4 回/日の排便回数増加	ベースラインと比べて 4-6 回/日の排便回数増加	ベースラインと比べて 7 回以上/日の排便回数増加	生命を脅かす; 緊急処置を要する
便秘	緩下剤を不定期に使用	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する	排便を要する頑固な便秘	生命を脅かす; 緊急処置を要する
口内炎	症状がない、または 軽度の症状; 治療を要さない	経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍; 食事の変更を要する	高度の疼痛; 経口摂取に支障がある	生命を脅かす; 緊急処置を要する
湿疹	症状がない、または 軽度の症状; 内科的治療の追加を要さない	中等度; 外用薬または内服薬治療を要する; 内科的治療の追加を要する	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない; 静脈内投与による治療を要する	-
手足症候群	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化	疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り以外の日常生活動作の制限	疼痛を伴う高度の皮膚の変化、身の回りの日常生活動作の制限	-
ざ瘡様皮疹	体表面積の<10%を占める紅色丘疹または膿疱	体表面積 10-30% を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない; 社会心理学的な影響を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限; 体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、軽度の症状の有無は問わない	体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、中等度または高度の症状を伴う; 身の回りの日常生活動作の制限; 経口抗菌薬を要する局所の重複感染	生命を脅かす; 紅色丘疹および/または膿疱が体表のどの程度の面積を占めるかによらず、そう痒や圧痛の有無も問わないが、抗菌薬の静脈内投与を要する広範囲の局所の二次感染を伴う
爪囲炎	爪襞の浮腫や紅斑; 角質の剥脱	局所的治療を要する; 内服治療を要する (例: 抗菌薬/抗真菌薬); 疼痛を伴う爪襞の浮腫や紅斑; 滲出液や爪の分離を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	外科的処置を要する; 抗菌薬の静脈内投与を要する; 身の回りの日常生活動作の制限	-
倦怠感	だるさを感じる、元気がない	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある	身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある	-
息苦しさ	中等度の労作にともなう息切れ	少し動くだけで息切れ	安静時に息切れ	生命を脅かす; 緊急処置を要する
味覚異常	食生活は変わらない	食生活の変化をともなう	-	-
末梢神経障害	症状がない(臨床所見または検査所見のみ)	身の回り以外の日常生活動作の制限	身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす; 緊急処置を要する