

報告日： 年 月 日

FAX 送信先：	FAX 番号： - -
※トレーシングレポートの送付先は各病院の案内に従ってください	

## 【抗がん薬】トレーシングレポート(服薬情報提供書)

病院名	病院	保険薬局 名称 所在地
処方医	科	先生
患者 ID：		電話番号：
患者氏名：		FAX 番号：
生年月日：	年 月 日	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします		

下記の通り、有害事象の確認を行いました。本レポートは、

<input type="checkbox"/> 自宅での経過報告であり、返信は不要です。
<input type="checkbox"/> 緊急性はありませんが、次回以降で対応をご検討いただきたい内容を含んでいます。

ご高配賜りますようお願い申し上げます。

レジメン名（ ） 化学療法実施日（ 月 日）

有害事象	症状の有無及び <a href="#">Grade 評価</a>	症状
悪心	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade )	
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade )	
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade )	
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade )	
しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade )	
発疹・皮膚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状・部位： )	
上記以外の有害事象		

※Grade 評価は CTCAE ver6.0 (<https://jcog.jp/doctor/tool/ctcae6/>) を参照しています

詳細・報告事項（有害事象、治療上の悩みや不安、服薬状況、処方・検査提案など）


病院・診療所から保険薬局への伝達事項

記入者：

報告日： 年 月 日

FAX 送信先： FAX 番号： - -

※トレーシングレポートの送付先は各病院の案内に従ってください

### トレーシングレポート(服薬情報提供書)

病院名	病院	保険薬局 名称 所在地
処方医 科	先生	
患者 ID :		電話番号 :
患者氏名 :		FAX 番号 :
生年月日 : 年 月 日		担当薬剤師名 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします		

下記の通り、☐ご報告・☐ご提案、いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

#### <報告内容>

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案             | <input type="checkbox"/> 調剤方法に関する提案          |
| <input type="checkbox"/> 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告 | <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告          |
| <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する報告             | <input type="checkbox"/> 併用薬剤(健康食品等含む)に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> その他                    |  |

内容(簡潔に記入)


【返信について】 ☐希望します ☐不要です

病院・診療所から保険薬局への伝達事項

記入者：

CTCAE v6.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	CTCAE v6.0 AE Term Definition 日本語 【定義】
悪心	摂食習慣に影響のない食欲低下	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 静脈内投与による治療を要する	カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入院を要する	-	ムカムカ感や嘔吐の衝動
食欲不振	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 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を伴う(例: カロリーや水分の経口摂取が不十分); 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する	生命を脅かす; 緊急処置を要する	食欲の低下
口腔粘膜炎	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	口腔粘膜の潰瘍または炎症
下痢	便の固さや 排便回数の変化	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人工肛門からの排泄量の中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限; 便の固さや排便回数の変化の年齢相応の正常日常活動への軽度/中等度の影響(小児)	ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加; 入院を要する; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活動作の制限; 年齢相応の正常日常活動への高度の影響(小児)	生命を脅かす; 緊急処置を要する	排便頻度の増加や軟便または水様便の排便
末梢性感覚ニューロパチー	軽度の症状	中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限; 年齢相応の正常日常活動への軽度/中等度の影響(小児)	高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限; 年齢相応の正常日常活動への高度の影響(小児)	生命を脅かす; 緊急処置を要する	末梢知覚神経の損傷または機能障害
手掌・足底発赤知覚不全症候群	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑, 浮腫, 角質増殖症)	疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限 年齢相応の正常日常活動への軽度/中等度の影響(小児)	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限; 年齢相応の正常日常活動への高度の影響(小児)	-	手掌や足底の、発赤、著しい不快感、腫脹、うずき 手足症候群としても知られている