内服開始後　1週間頃を目途にご確認を頂けましたら幸いです

抗がん薬　トレーシングレポート
（服薬指導・有害事象）

送信先：　関西医科大学香里病院　薬剤部
TEL（代表）：072-832-5321
FAX（薬剤部）：072-835-9928

報告日：　　年　　月　　日

保険薬局記載欄

ID		保険薬局名	
患者氏名		TEL	
		FAX	
医師名		薬剤師名	

※　患者さんより、FAX送信の同意を　☐ 得た　☐ 得ていない

投与目的	☐	術後補助療法			☐	転移・再発治療			
併用薬剤名	☐	レトロゾール/アナストロゾール	☐	フルベストラント	☐	タモキシフェン	☐	ゴセレリン/リュープロレリン	

服薬への理解度（支持薬の飲み方など）	☐	理解されていた	☐	理解されていなかったため、再度説明した（説明内容：　　）

副作用	なし		Grade1		Grade2		Grade3
悪心	☐	☐	ムカつきはあるが通常通り食べられる	☐	体重は減少したがある程度食べられる	☐	水分もほとんど取れず入院を要する
嘔吐	☐	☐	治療不要（1～2回/日）	☐	治療を要する（3～5回/日）	☐	入院を要する（6回以上/日）
食欲不振	☐	☐	食欲の低下はあるが、通常通り食べられる	☐	食べる量は減ったが、体重減少が10%未満	☐	体重減少が10%以上（もしくは栄養失調あり）
倦怠感	☐	☐	だるさはあるが、通常通りの生活を送れる	☐	身の回りのことはできるが、それ以外のことは制限される	☐	日常生活もままならない
下痢	☐	☐	通常と比べて1～3回/日　増加	☐	通常と比べて４～６回/日増加	☐	通常と比べて７回以上/日　増加
口内炎	☐	☐	症状がない、または軽度の症状がある	☐	経口摂取に支障がない　食事の変更を要する	☐	経口摂取に支障がある
皮膚炎	☐	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化	☐	疼痛をともなう皮膚の変化　身の回り以外の日常動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化、身の回りの日常動作の制限
間質性肺炎、肺塞栓症が疑われる症状	☐	☐	**労作時の息切れ**	☐	**空咳**	☐	**息切れ**
		☐	**呼吸困難**	☐	**発熱**	☐	**胸苦しさ**

⚠ ☐**のいずれかに☑の場合は緊急対応に該当します。直接医療機関にお電話いただき、FAXしてください。**

その他病院への伝達事項	