

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

ページニオ 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

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

ページニオの投与目的	<input type="checkbox"/>	術後補助療法 (2年間)	<input type="checkbox"/>	転移・再発治療					
併用薬剤名	<input type="checkbox"/>	レトロゾール/ アナストロゾール	<input type="checkbox"/>	フルベストラント	<input type="checkbox"/>	タモキシフェン	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	理解されていた	<input type="checkbox"/>	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			
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通常と比べて1~3回/日 増加	<input type="checkbox"/>	通常と比べて4~6回/日 増加	<input type="checkbox"/>	通常と比べて7回/日以上 増加
	ロペミンカプセル 服用状況		<input type="checkbox"/> 服用なし <input type="checkbox"/> 服用あり (1日___回、計___カプセル)				
	該当する 便性状に○		①コロコロ便 ②硬い便 ③やや硬い便 ④普通便 ⑤やや柔らかい便 ⑥泥状便 ⑦水様便				
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ムカつきはあるが 通常通り食べられる	<input type="checkbox"/>	体重は減少したが ある程度食べられる	<input type="checkbox"/>	水分もほとんど取れず 入院を要する
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	治療不要 (1~2回/日)	<input type="checkbox"/>	治療を要する (3~5回/日)	<input type="checkbox"/>	入院を要する (6回以上/日)
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食欲の低下はあるが、 通常通り食べられる	<input type="checkbox"/>	食べる量は減ったが、 体重減少が10%未満	<input type="checkbox"/>	体重減少が10%以上 (もしくは栄養失調あり)
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	だるさはあるが、 通常通りの生活を送れる	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	日常生活もままならない
間質性肺炎、 肺塞栓症が 疑われる症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	労作時の息切れ	<input type="checkbox"/>	空咳	<input type="checkbox"/>	息切れ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	発熱	<input type="checkbox"/>	胸苦しさ



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	
-----------------	--