関西医科大学附属病院　御中（FAX：０７２－８０４－２９１６）　　保険薬局 → 関西医科大学附属病院 薬剤部 → 主治医

外来化学療法に関する情報提供書（トレーシングレポート）

報告日　　年　　月　　日

先生御侍史	保険薬局名称： 住所：
患者ID： 患者氏名： 生年月日：　　/　　/　　（　　歳）	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師：　　印
この情報を伝えることに対して患者さんから同意を	□ 取得しました。 □ 取得していないが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

医療機関からの情報提供に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

確認日（聞き取り日）	/　/	**対応者**	□ 本人　□ 家族　□ その他（　　）
	□ 投薬時　□ 患者さんからの問い合わせ　□ 電話フォローアップ時　□ その他（　　）		
治療レジメン（薬剤名）			

1．服薬状況　□ 良好　□ やや不良　□ 不良　（理由：　　）

2．【副作用の状況】副作用のグレードについては、CTCAE v5.0 を用いて評価しています。

●発熱（ なし、あり ）	●発疹・皮膚症状（ なし、あり ） ＊部位、症状など
●呼吸困難（ なし、あり ）	●手足症候群（ なし、あり　部位：　　）
□Grade 1 中等度の労作に伴う息切れ	□Grade 1 疼痛を伴わない皮膚の変化・皮膚炎
□Grade 2 極めて軽度の労作に伴う息切れ	□Grade 2 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り以外の日常生活の制限
□Grade 3 安静時の息切れ	□Grade 3 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回りの日常生活の制限
●食欲不振（ なし、あり　原因：　　）	●嘔吐（ なし、あり ）
□Grade 1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	□Grade 1 治療を要さない
□Grade 2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	□Grade 2 外来での静脈内輸液を要する、内科的治療を要する
□Grade 3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	□Grade 3 経管栄養/TPN/入院を要する
●口内炎（ なし、あり ）	●味覚障害（ なし、あり ）
□Grade 1 症状がない、または軽度の症状	□Grade 1 食生活の変化を伴わない味覚変化
□Grade 2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍	□Grade 2 食生活の変化を伴う味覚変化
□Grade 3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	□Grade 3 設定なし
●便秘（ なし、あり ）	●下痢（ なし、あり　ブリストルスケール：　　）
□Grade 1 便軟化薬、緩下剤、浣腸を不定期に使用	□Grade 1 1日あたり4回未満の排便回数増加
□Grade 2 緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症状	□Grade 2 1日あたり4～6回の排便回数増加
□Grade 3 摘便を要する頑固な便秘	□Grade 3 1日あたり7回以上の排便回数増加
●倦怠感（ なし、あり ）	●しびれ（ なし、あり ）
□Grade 1 だるさがある、または元気がない	□Grade 1 臨床所見または検査所見のみ、治療を要さない
□Grade 2 身の回り以外の日常生活動作の制限	□Grade 2 身の回り以外の日常生活動作の制限
□Grade 3 身の回りの日常生活の制限	□Grade 3 身の回りの日常生活の制限

＊副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。　→ □ 受診を勧めた

3．【その他：治療の悩みや不安、副作用の補足、処方・検査提案など】

＊簡潔に記入

《注意》このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。　Ver.01