

# 外来化学療法 トレーシングレポート

報告日 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
イニシャル	(名) (姓)	担当薬剤師	
【治療内容】	<input type="checkbox"/> 注射剤あり（レジメン No. ）	T E L	
	<input type="checkbox"/> 経口剤のみ（ ）	F A X	
薬局-病院間の情報共有に関する同意取得		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（治療上重要と思われるため報告）	

※来局から1～2週間を目安にフォローアップを実施し、情報提供をお願いします

聴取日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話等によるフォローアップ <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----	-------	---

【服薬状況】

良好 不良 ※不良の場合その理由（ ）

【副作用モニタリング】 CTCAE ver5.0 で評価してください。

症状	Grade0	Grade1	Grade2	Grade3
嘔吐	なし	1～2回/日	3～5回/日	6回以上/日
悪心	なし	食欲の低下	体重減少はなく摂取量低下	顕著な体重減少
口内炎	なし	軽度・疼痛なし	食事形態の変更が必要	経口摂取不可
下痢	なし	4回/日未満の排便回数増加	4～6回/日の排便回数増加	7回/日以上以上の排便回数増加
便秘	なし	不定期・間欠的な便秘	緩下剤・浣腸の定期使用が必要	排便を要する
神経障害	なし	7日以内に消失	7日以上持続・日常生活に制限	日常生活が困難
皮膚症状 部位（ ）	なし	痛みはないが不快感がある	痛みがあり、日常生活に制限	激しい痛み、日常生活困難
倦怠感	なし	だるさがある	外出が億劫	日常生活動作が困難

【保険薬局→病院】 所見、薬剤師の指導内容、その他

初回指導実施しました Grade3の副作用あり、受診勧奨しました

【病院→保険薬局】 担当薬剤師

処方提案しました 主治医に報告しました 薬剤師外来にて情報共有しました

※本 FAX による情報共有は疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り、各科外来へ電話でお願いいたします。