

FAX番号 03-6204-6386

昭和大学江東豊洲病院 薬剤部 行

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

報告日: 年 月 日 ( )

## 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

## 《 抗がん剤レジメン対応版 》

|                         |   |     |             |
|-------------------------|---|-----|-------------|
| 担当医                     | 科 | 御机下 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者ID:<br>患者氏名:<br>生年月日: |   |     |             |

下記の通り報告します。

☐ 薬局から患者へ連絡 ☐ 患者から薬局へ連絡 ( 問い合わせ ) ☐ 投薬時

聞き取り日: 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 担当薬剤師名 ( 薬局 ) :

対応者: ☐ 本人 ☐ 家族 患者・または家族の同意: ☐ 有 ☐ 無

レジメン: \_\_\_\_\_

服用期間: 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) / 休薬期間: 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

アドヒアランス: ☐ 良 ☐ 不良 ( 飲み忘れ回数 回 その他: )☐ 予防的抗菌薬の処方 ( 有・無 ) → 有の場合は、抗菌薬の残 ( 有・無 ) 残数: 錠☐ 他院かかりつけ病院の処方 ( 有・無 ) → 有の場合は、お手数ですが本書とは別にFAXにて情報提供をお願いいたします※<sup>1</sup>。

| 有害事象                 | 未確認                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 無 | 有・グレード※ <sup>2</sup> | 備考・指導内容                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 皮膚症状<br>(手足症候群、皮疹など) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した<br>☆手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど                                                                                                                                |
| 口内炎                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | ☆含嗽水 (アズノールなど) 使用法、口腔ケア指導など<br>管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし                                                                                                                                           |
| 下痢                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | 頻度: 回/日 ブリストルスケール:<br>ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: 錠・カプセル<br>支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した<br>☆飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど<br>管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし |
| 悪心 (吐き気)             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | ☆悪心対策の指導<br>管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし                                                                                                                                                              |
| 嘔吐                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | 嘔吐頻度: 回/日<br>吐き気止めの服用状況、水分の摂り方など<br>支持療法: <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した<br>☆嘔吐対策の指導<br>管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし                              |
| 食欲不振                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | 食事摂取量 % ( 抗がん剤開始前と比較 )<br>体重減少 ( 現在のクール開始日より - kg )<br>☆食事の摂り方の指導<br>管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし                                                                                                     |
| 浮腫                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | 体重増加 ( + kg : 浮腫前と比較 )<br>部位:                                                                                                                                                                                                                       |
| 全身倦怠感<br>( だるさ )     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                      | <input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている<br>☆日常生活に支障が出ている場合は病院へ連絡                                                                                                                                                 |
| その他<br>身体症状<br>指導内容  | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害障害 ( G ) ・無 <input type="checkbox"/> 便秘: ( G ) ・無 <input type="checkbox"/> 流涙: ( G ) ・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 ( 有・無 )<br><input type="checkbox"/> 空咳 ( 有・無 ) <input type="checkbox"/> 息切れ ( 有・無 ) <input type="checkbox"/> 味覚異常: 有・無 ( 管理栄養士からの指導の希望: <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし )<br><input type="checkbox"/> 疼痛 ( 有・無 ) NRS ( 0 ~ 10 ) :<br><input type="checkbox"/> その他 |   |                      |                                                                                                                                                                                                                                                     |

※<sup>1</sup> 他院での処方薬がある場合、可能な限り変更点 ( 増量・減量・追加・削除など ) を記載してください。※<sup>2</sup> グレード評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っています。GはGradeを意味します

< 注意 > 緊急性のある情報提供に関しては江東豊洲病院 薬剤部へ直通電話 ( 03-6204-6389 ) してください。  
処方変更が必要な場合は、処方箋記載の疑義照会手順に従ってください

【 病院記載欄 】 ☐ 次回外来日:

担当薬剤師名 ( 病院 )