

# 服薬情報提供書(トレーシングレポート):がん

※はじめにお読みください※

副作用判定は必要に応じて以下の表を参考にしてください。

例)Grade 1～2 症状で緊急性がなく、次回診察への情報提供で問題が無い場合

なお、Grade 1～2 症状でも**緊急性を要すると思われる場合**や**症状が悪化した場合には受診するように指導**してください。

## 副作用症状Grade2の症状 (CTCAE Ver4.0)

悪心	顕著な体重減少, 脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少
嘔吐	24時間に3-5エピソードの嘔吐 (5分以上間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする)
食欲不振	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 経口栄養剤による補充を要する
口腔粘膜炎	中等度の疼痛; 経口摂取に支障がない; 食事の変更を要する
下痢	ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加
便秘	緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀; 身の回り以外の日常生活動作の制限
手足症候群	疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離, 水疱, 出血, 浮腫, 角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限
高血圧	ステージ1の高血圧(収縮期血圧140-159 mmHgまたは拡張期血圧90-99mmHg); 内科的治療を要する; 再発性または持続性
末梢神経障害	中等度の症状がある; 身の回り以外の日常生活動作の制限
倦怠感	だるさ, または元気がない; 身の回り以外の日常生活動作の制限
浮腫(四肢)	四肢間の差が最も大きく見える部分で, 体積または周長の差が>10-30%; 腫脹または四肢の解剖学的構造が不明瞭になっている
皮膚障害	中等症; 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する; 年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

上記以外の副作用に関してもお気づきの点があれば報告ください。

その際の評価資料として各製品の「**適正使用ガイド**」等もご考慮ください。



## 服薬情報提供書(トレーシングレポート):がん

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<p>処方箋交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>患者氏名: _____</p> <p>患者ID: _____</p> <p>患者の同意  <input type="checkbox"/> 取得    <input type="checkbox"/> 未取得  <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否しているが、  治療上重要と考えるための報告</p>	<p>保険薬局 名称・所在地</p> <p>TEL</p> <p>メールアドレス</p> <p>担当薬剤師名</p> <p><input type="checkbox"/> 外来がん治療認定薬剤師  <input type="checkbox"/> 緩和薬物療法認定薬剤師</p>
--	--

処方せんに基づき調剤を行い、調剤交付いたしました。  
抗がん薬の適正使用に関する情報提供として、下記の通り報告致します。  
 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2 算定要件に関する情報提供

<p>【抗がん薬名もしくはレジメン名】</p>
<p>【報告内容】</p> <p><input type="checkbox"/> 副作用症状・有害事象      <input type="checkbox"/> 薬物相互作用</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス      <input type="checkbox"/> その他</p>
<p>【状況と報告内容】</p>
<p>【薬剤師からの情報共有】患者情報で伝達が必要と思う事</p>