



|                             |     |      |    |
|-----------------------------|-----|------|----|
| 熊本再春医療センター                  | 診療科 | 処方医名 | 御中 |
| 【院外処方箋FAXコーナー：096-242-5583】 |     |      |    |

報告日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## がん化学療法用トレーシングレポート

|                                                                                 |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 診療科：                                                                            | 保険薬局名：  |
| 患者ID：                                                                           | 電話番号：   |
| 患者名：                                                                            | FAX番号：  |
|                                                                                 | 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない |         |

以下の事項について報告いたします

●レジメン名or経口抗がん薬 【 】

●化学療法実施日(経口抗がん薬服薬開始日) 【 月 日 】

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 聞き取り方法 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 薬局聞き取り |
| 聞き取り日時 | 年 月 日 Day ( )                                                                             |

### 【服薬状況】

☐ 服用できている ☐ しばしば服用しないことがある ☐ 休薬中 ( 月 日～)

### 【服薬しない理由】

☐ 飲み忘れ ☐ 治療に消極的 ☐ 副作用発現 ☐ その他 ( )

【副作用発現状況】※別紙の副作用管理表(CTCAE ver5.0)もHP上に載せておりますので併せてご確認下さい。

| 副作用                                                   | グレード    | 副作用                           | グレード    |
|-------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 悪心                           | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> 嘔吐   | 0 1 2 3 |
| <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎<br>(口内炎)               | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> 倦怠感  | 0 1 2 3 |
| <input type="checkbox"/> 便秘                           | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> 下痢   | 0 1 2 3 |
| <input type="checkbox"/> 関節痛                          | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> 筋肉痛  | 0 1 2 3 |
| <input type="checkbox"/> 末梢性感覚<br>ニューロパチー<br>(手足のしびれ) | 0 1 2 3 | <input type="checkbox"/> 皮膚障害 | 0 1 2 3 |

【その他の副作用について】下記の空欄にご記載下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

【連絡事項欄】 副作用の詳細や、その他の伝達事項、提案内容の記載にご活用ください。

|  |
|--|
|  |
|--|