



トレーシングレポート【がん化学療法】

担当医 先生 御机下	科	保険薬局名：	所在地：
交付年月日： 20 年 月 日		電話番号：	
患者ID：		FAX 番号：	
患者名：		担当薬剤師名：	
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。			

下記の通り報告いたします。

薬剤・レジメン名：

副作用項目	0	Grade 1	Grade 2	Grade 3 休薬・連絡*
食欲不振	なし	食事量の低下を伴わない	食事量の低下を伴うが体重は変わらない	明らかな体重減少を伴う
悪心	なし	吐き気はあるが、食事を半分以上食べられる	吐き気があり、食事量が普段の半分以下	吐き気のために水分も摂れない
嘔吐	なし	1日 1-2 回の嘔吐	1日 3-5 回の嘔吐	1日 6 回以上の嘔吐
口内炎	なし	痛みはなく食事量に影響がない	痛みがあり、食事の工夫が必要	かなりの痛みがあり、食事ができない
下痢	なし	1日の排便回数が 1-3 回増加	1日の排便回数が 4-6 回増加	1日の排便回数が 7 回以上増加
便秘	なし	下剤を時々使用する回数が増えた	下剤の定期的な使用量が増えて、排便がある	下剤の定期的な使用量を増やしても排便がない
末梢神経障害	なし	軽度のしびれがある	しびれがあり、生活の一部に影響している	強いしびれがあり生活に大きく影響している
手足症候群	なし	腫れはあるが痛みはない	腫れも痛みもある	強い腫れや痛みがあり生活に大きく影響している
倦怠感	なし	だるい、元気がない	身の回りのことはできる	身の回りのことが出来ない
高血圧	なし	120-139/80-89 mmHg	140-159/90-99 mmHg	160 以上/100 以上 mmHg
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良（飲み忘れ： ）		

※Grade3 または Grade2 で緊急を要すると判断される場合は薬剤部まで TEL にてご連絡ください。

【上記症状の詳細・その他の症状】

【薬剤師としての所見・提案等】