



## 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

< 注意 : このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。 >

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下

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

患者 ID: 患者氏名 : 生年月日 :	保険薬局 名称 : 所在地 : 電話・FAX番号 : 担当薬剤師名(保険薬局) :
報告情報 取得日 : 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( ) 情報提供者 : 本人、家族 ( _____ )、介護担当者 ( _____ ) 聞き取り状況 : 服薬指導時・訪問時・患者からの電話問合せ・その他 ( _____ ) 患者レジメン : _____ 対象薬剤 : _____ 該当処方日 : 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )	

### 注意事項

**緊急性があると考えられる場合に直接電話連絡をするようにしてください。**  
 Grade 2以上の緊急性がなく、次回受診時への情報提供について記載をお願い致します。

✓	有害事象	症状詳細
		主な副作用症状でのGrade2 ※グレード評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っています。
	口腔粘膜炎	中等度の疼痛または潰瘍; 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; 身の回り以外の日常生活動作の制限
	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
	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); 外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する
	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
	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
	全身倦怠感	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、皮膚の皺が消失; 身の回り以外の日常生活動作の制限
	HFS(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140-159mmHg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
	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

報告有害事象の詳細

薬剤部記入欄

FAX受け付け内容確認 ( 医師・外来連絡、カルテ記載 )

担当薬剤師捺印