FAX：小松市民病院 （薬剤科）0761-24-0792

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

小松市民病院 御中 報告日（西暦）　 　年 　月　 日

【特定薬剤管理指導加算２】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

□**急を要する（例.Grade3以上あり）** □**要しない** □**急を要するか判断が難しい**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科 | 保険薬局 名称 ・所在地 |
| 先生 御机下 |  |
| 患者ID： |
| 患者名： | 電話番号： |
| 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 □得た □得ていない |
| □患者は報告を拒否していますが、治療上重要と判断したので報告いたします |

|  |
| --- |
| レジメン名【 】　　　　　注射抗がん剤投与日【 月 　　日】　 |
| ・情報確認日：　　月　　日　　・情報確認方法：□電話 □ 訪問 □来局時 □ その他（　　　　　　）＜服薬状況・支持療法の使用状況＞□良好　 □やや不良　　　□不良※やや不良、または不良に該当した場合の理由□飲み忘れ □治療に消極的　□副作用の発現　□不明　□その他（ 　　　　 ） |
| ＜副作用発現状況＞ |  |
| □なし　□あり ※治療開始前からあった症状は、悪化した場合「あり」に☑ 下記該当項目があれば〇をつける |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grade** | **0** | **1** | **2** | **3** | **発現時期** |
| **悪心** | **なし** | **吐き気はあったが食事摂取量は 変わらず** | **吐き気で食事量が減った** | **吐き気で食事が摂れない** |  |
| **嘔吐** | **なし** | **治療を要さない** | **外来での静脈内輸液を要する** | **TPN/入院を要する** |  |
| **下痢** | **なし** | **普段より1～3回/日多い** | **普段より4～6回/日多い** | **普段より7回/日以上多い** |  |
| **便秘** | **なし** | **緩下剤, 浣腸を不定期使用** | **緩下剤, 浣腸を定期使用** | **日常生活に支障を来す強固な便秘** |  |
| **口腔粘膜炎** | **なし** | **軽度の痛みで食事摂取量は変わらず** | **痛みを認め食事に工夫を要する** | **痛みが強く食事が摂れない** |  |
| **末梢神経障害** | **なし** | **多少痺れはあるが日常生活に****支障はない** | **痺れにより動作に支障は認めるが、****日常生活に支障はない** | **痺れにより日常生活に支障がある** |  |
| **手足症候群** | **なし** | **疼痛を伴わない軽微な皮膚の****変化(例：紅斑, 浮腫)** | **疼痛を伴う皮膚の変化****(例：角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂)** | **疼痛を伴う高度な皮膚の変化** **(例：角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂)** |  |
| **皮疹** | **なし** | **体表面積の≦10％を占める** | **体表面積の10-30％を占める** | **体表面積の＞30％を占める** |  |
| **味覚異常** | **なし** | **味覚の変化はあるが食生活は****変わらない** | **食生活に変化を伴う味覚の変化** | **―** |  |
| **その他（　　　　）** | **なし** | **CTCAE v5.0のGrade1** | **CTCAE v5.0のGrade 2** | **CTCAE v5.0のGrade 3** |  |

その他副作用自由記載欄**・****・****・**・ |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項 |
|  |

＊このFAXによる情報提供は**「疑義照会」ではありません**。内容を確認したうえて処方医に報告し、その後電子カルテに

保存します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ver.1.0：小松市民病院 薬剤科 2020.12 ）