



FAX：仙台市立病院薬剤科 022-308-9917

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

仙台市立病院 御中

報告日：

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

レジメン確認患者用： スチバーガ （レゴラフェニブ）

| | | | |
|---|--------|---------|---|
| 担当医： | 先生 御机下 | 保険薬局名： | |
| 患者ID： | | 所在地： | |
| 患者名： | | 電話番号： | |
| | | FAX番号： | |
| | | 担当薬剤師名： | 印 |
| この情報を伝えることに対しての患者の同意 | | | |
| <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるため報告 | | | |

| | |
|--|--|
| 聞き取り日： | <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ |
| 対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| |
|--|
| 【服薬状況】 <u>低脂肪食後の服用 3投1休</u> |
| <input type="checkbox"/> 服薬できている <input type="checkbox"/> しばしば服用できないことがある <input type="checkbox"/> 休薬中 (しばしば服用できないことがある、休薬中に該当した場合) |
| ー理由： <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 【副作用の評価】 …緊急を要する場合は電話での連絡もお願い致します。 |
| ・肝機能障害（直近での急激な悪化） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

| 症状 | なし | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 |
|-------|--------------------------|--|---|---|
| 悪心 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 食事に影響ない食欲低下 | <input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水、栄養失調を伴わない食事量の減少 | <input type="checkbox"/> カロリーや水分等の経口摂取が不十分 |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1日（24時間）に1回 | <input type="checkbox"/> 1日（24時間）に2-5回 | <input type="checkbox"/> 1日（24時間）に6回以上で水分も摂れない状態が2日以上続く |
| 倦怠感 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> だるさ・元気がない | <input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限 | <input type="checkbox"/> |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普段より<4回/日の排便増加 | <input type="checkbox"/> 普段より4-6回/日の排便増加 | <input type="checkbox"/> 普段より>6回/日の排便増加 |
| 手足症候群 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ヒリヒリ感、軽度の赤みや腫れなどがあるが日常生活に支障ない | <input type="checkbox"/> 腫れ、痛み、赤みが強く日常生活に支障がある | <input type="checkbox"/> 皮膚亀裂、水疱、潰瘍、強い痛み |
| 口内炎 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽度の症状で治療必要なし | <input type="checkbox"/> 中等度の疼痛、経口摂取支障なし、食事の変更を要する | <input type="checkbox"/> 高度の疼痛で経口摂取に支障あり |
| 高血圧 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 120-139/80-89 mmHg | <input type="checkbox"/> 140-159/90-99 mmHg | <input type="checkbox"/> 160/100 mmHg以上 |
| 出血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> あり | | |

(Gradeは有害事象共通用語基準 v5.0日本語訳 JCOG版に基づいて評価)

症状の具体的内容・提案事項

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

本用紙は電子カルテに反映いたします。お急ぎの要件は電話での対応をお願いします。