



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：EGFR阻害薬

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			

レジメン名（抗がん剤名）	
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】	
<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。	
・腎／肝機能障害（直近での急激な悪化）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（腎） <input type="checkbox"/> あり（肝）
・間質性肺炎（呼吸困難・息切れ・空咳等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・感染症症状（発熱・喉の痛み・排尿時痛等）	<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"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/不定期に浣腸を使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤/浣腸の定期的使用	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘
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
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の制限
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
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛、掻痒なく日常生活に支障ない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 治療や掻痒を伴い身の回りの日常生活動作の制限
爪周炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の爪襷の浮腫や紅斑	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う、身の回り以外の生活で制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う、身の回りの制限

(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。