



FAX:加賀市医療センター (薬剤室) 0761-72-0580

保険薬局 → 薬剤室 → 主治医

※お手数ですが、原本は後日当院各科へ郵送お願い致します。

加賀市医療センター御中

報告日: 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 要しない

担当医	科	保険薬局 名称・所在地
	先生 御机下	
患者ID:		電話番号:
患者名:		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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。		
<input type="checkbox"/> 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【	】	化学療法実施日【	月	日	】
聞き取り方法		<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/> 薬局聞き取り	
聞き取り日時		月	日	時	day( )*
＜服薬状況＞		※化学療法実施日day1とする。			
<input type="checkbox"/> 服薬できている		<input type="checkbox"/> しばしば服薬しないことがある		<input type="checkbox"/> 休薬中 ( / ~)	
※しばしば服用しない又は、休薬中に該当した場合の理由					
理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他 (					
＜副作用発現状況＞		(CTCAE ver5.0を参考に作成)			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		※該当する症状にチェック 「あり」に☑			
有害事象	なし	Grade1	Grade2	Grade3	
悪心・食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事量に影響がない食欲低下がある。	<input type="checkbox"/> 体重減少、脱水はないが、食事量の低下。	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取不十分(入院を要する)	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を要さない。	<input type="checkbox"/> 外来での点滴治療や内服治療を要する。	<input type="checkbox"/> TPN/入院を要する。	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段より1日1~3回多い。	<input type="checkbox"/> 普段より1日4~6回多い。	<input type="checkbox"/> 普段より1日7回以上多い。	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々下剤を使用する。	<input type="checkbox"/> 毎日下剤を使用する。	<input type="checkbox"/> 摘便する必要がある。日常生活に支障がある。	
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度で食事に影響ない。	<input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍があり、食事に工夫が必要。	<input type="checkbox"/> 痛みが強く、食事が摂れない。	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。	<input type="checkbox"/> 中等度のだるさ日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/> 強いだるさ身の回りのことができない。	
末梢神経障害(手足の痺れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い痺れ日常生活に支障はない。	<input type="checkbox"/> 中等度の痺れ日常生活に支障はない。	<input type="checkbox"/> 強い痺れ日常生活に支障がある。	
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みを伴わない皮膚の変化。	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う強い皮膚の変化身の回りのことができない。	
皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%占める。	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める。	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める。	
流涙・眼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を要さない。軽度	<input type="checkbox"/> 中等度・視力低下	<input type="checkbox"/> 顕著な視力低下	
その他の副作用		薬剤師としての提案事項・報告事項			

＜注意＞Grade3または症状が強いGrade2に該当する場合や38度台の発熱が続く際は当施設へご連絡下さい。  
TEL:0761-76-5096 (外来化学療法室) 0761-72-1188 (代表)