



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

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 ☐ 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【		化学療法実施日【		月	日
聞き取り方法		☐ 電話 ☐ 在宅訪問時 ☐ 薬局での聞き取り			
聞き取り日時		月 日 時 day()※			
<服薬状況> ☐ 良好 ☐ 時々服用できていない ☐ 休薬中 (/ ~) ※化学療法実施日day 1とする。					
※時々服用できていない、または休薬中に該当した場合の理由					
☐ 飲み忘れ ☐ 副作用の発現 ☐ 用法用量の理解不足 ☐ その他 ()					
<副作用発現状況> 各有害事象について、 ☐ に✓を入れる (CTCAE ver5.0を参考に作成)。					
有害事象	なし	Grade 1	Grade 2	Grade 3	
悪心・食欲低下	☐	☐ 食事量に影響がない 食欲低下がある。	☐ 体重減少、脱水はないが、 食事量の低下。	☐ カロリーや水分の経口摂取不十分 (入院を要する)	
嘔吐	☐	☐ 治療を要さない。	☐ 外来での点滴治療や内服治療を 要する。	☐ TPN/入院を要する。	
下痢	☐	☐ 普段より1日1~3回多い。	☐ 普段より1日4~6回多い。	☐ 普段より1日7回以上多い。	
便秘	☐	☐ 時々下剤を使用する。	☐ 毎日下剤を使用する。	☐ 排便する必要がある。 日常生活に支障がある。	
口内炎	☐	☐ 軽度で食事に影響ない。	☐ 痛みや潰瘍があり、食事に 工夫が必要。	☐ 痛みが強く、食事が摂れない。	
倦怠感	☐	☐ 軽いだるさがある。	☐ 中等度のだるさ 日常生活に支障がある。	☐ 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)	☐	☐ 軽い痺れ 日常生活に支障はない。	☐ 中等度の痺れ 日常生活に支障がある。	☐ 強い痺れ 身の回りのことができない。	
手足症候群	☐	☐ 痛みを伴わない皮膚の変化。	☐ 痛みを伴う皮膚の変化 日常生活に支障がある。	☐ 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	☐	☐ 体表面積の<10%占める。	☐ 体表面積の10-30%を占める。	☐ 体表面積の>30%を占める。	
流涙・眼障害	☐	☐ 治療を要さない。軽度	☐ 中等度・視力低下	☐ 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					

【返信欄】

- | | |
|--|---|
| ☐ 報告内容確認しました。上記医師に報告します。 | ☐ 治療内容は現状維持として対応し、引き続き経過観察します。 |
| ☐ 提案・報告内容ふまえ、医師と協議していきます。 | ☐ 提案・報告内容ふまえ、以下のように対応していきます。 |

--

<注意>Grade 3または症状が強いGrade 2に該当する場合や38℃台の発熱が続く場合は、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)