

化学療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）

※※※※ このFAXによる情報伝達は「疑義照会」ではありません ※※※※

「疑義照会」は通常通り処方医へ確認してください

好生館 薬剤部 TEL:0952-28-1197 FAX:0952-28-1334

薬局名() 薬局 TEL() 担当薬剤師:

患者 ID:

処方日(化学療法施行日) 年 月 日 フォローアップ実施日: 年 月 日

●服用抗癌剤、レジメン名()				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ~90%以上服用 <input type="checkbox"/> ~80%以上服用 <input type="checkbox"/> ~70%以上服用 <input type="checkbox"/> ~60%以上服用 <input type="checkbox"/> 59%以下服用			
発熱	<input type="checkbox"/> 38.0-39.0℃	<input type="checkbox"/> >39.0-40.0℃	<input type="checkbox"/> >40.0℃が≤24時間持続	<input type="checkbox"/> >40.0℃が>24時間持続
下痢	<input type="checkbox"/> 4回/日未満排便	<input type="checkbox"/> 4-6回/日排便	<input type="checkbox"/> 7回/日以上排便	<input type="checkbox"/> 生命を脅かす
便秘	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘	<input type="checkbox"/> 緊急処置を要する
嘔気	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する	-
食欲不振	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 体重減少・栄養失調を伴わない	<input type="checkbox"/> 体重減少・栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> 生命を脅かす
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1-2回/日	<input type="checkbox"/> 3-5回/日	<input type="checkbox"/> 6回/日	<input type="checkbox"/> 生命を脅かす
痛み	[痛みなし] 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 [最高の痛み]			
手足症候群	<input type="checkbox"/> 知覚過敏・赤み・爪の変形。日常生活制限なし	<input type="checkbox"/> 痛み、腫れ、爪の剥れ。日常生活に制限あり	<input type="checkbox"/> 皮膚の剥れ、水膨れ、強い痛み。日常生活困難	-
しびれ	<input type="checkbox"/> 臨床所見または検査所見のみ、治療を要さない	<input type="checkbox"/> 中等度の症状、日常生活の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状、日常生活の制限、補助具を要する	<input type="checkbox"/> 生命を脅かす。緊急処置を要する
口内炎	<input type="checkbox"/> 摂食に影響なし	<input type="checkbox"/> 食事の工夫で摂食可	<input type="checkbox"/> 経口摂取できない	<input type="checkbox"/> 組織の壊死・生命を脅かす
その他、患者の体調や伝えたい事				