FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部

FAX:千葉県がんセンター薬剤部宛043-265-4545

**＜注意＞　このFAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

**緊急性のある疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

千葉県がんセンター　御中 報告日：　　　年　　月　　日

トレーシングレポート【がん薬物療法】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号：  印 |
| レジメン名（薬剤名）： | 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  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告します。 | |

下記の通りご報告致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【副作用モニタリング】　該当する症状に☑してください。 | | | | |
| 症状 | なし | Grade1 | Grade2  □ | Grade3 |
| 悪心 | □ | □ **摂食習慣に影響のない食欲低下** | **顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少** | □ **カロリーや水分の経口摂取が不十分** |
| 嘔吐 | □ | □ **24時間に1～2回** | □ **24時間に3～5回** | □ **24時間に6回以上** |
| 口腔粘膜炎 | □ | □**症状がないまたは軽度の症状** | □ **経口摂取に支障がない中等度の疼痛** | □**経口摂取に支障がある高度の疼痛** |
| 下痢 | □ | □**普段より1～3回/日の増加** | □ **普段より4～6回/日の増加** | □ **普段より7回以上/日の増加** |
| 便秘 | □ | □**不定期に下剤の使用や食事の工夫** | □ **緩下剤または浣腸を定期的に使用** | □ **日常生活に支障をきたす頑固な便秘** |
| 倦怠感 | □ | □**軽度のだるさまたは元気がない** | □ **中等度のだるさで日常生活に一部制限**  □ | □ **高度のだるさで日常生活に支障がある** |
| 末梢神経障害 | □ | □ **痺れがあるが日常生活に支障がない** | **痺れにより身の回り以外の日常生活動作に**  **支障がある**  □ | □ **痺れにより日常生活に支障がある** |
| 皮膚障害 | □ | □ **軽度の症状があるが日常生活に支障がない** | **中等度の症状により身の回り以外の日常生活動作に支障がある** | □ **高度の症状により日常生活に支障がある**  □ |
| 手足症候群 | □ | □**疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化** | □ **疼痛を伴う皮膚の変化** | **疼痛を伴う高度の皮膚変化・日常生活に支障がある** |
| 筋肉痛関節痛 | □ | □ **疼痛があるが日常生活に支障がない** | □ **疼痛により動作に支障がある** | □　**疼痛により日常生活に支障がある** |
| 味覚異常 | □ | □ **食生活の変化を伴わない味覚変化** | □**食生活の変化を伴う味覚変化** | □ **高度の症状により日常生活に支障がある** |
| 【上記症状についての詳細内容（補足）】 | | | | |
| 【その他】上記以外の症状があれば以下に記載をしてください。 | | | | |
| 【薬剤師としての提案事項】 | | | | |
| 【※緊急を要する副作用を発見した場合】　該当する症状：  □直接医師へ連絡した  □患者さんに病院へ連絡・受診してもらうよう勧めた | | | | |