

がん化学療法用トレーシングレポート

※このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称 (住所・電話番号・FAX 番号)
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

レジメン名	
-------	--

<副作用発現状況> ※ Grade3 以上と判断した場合は、患者さんに外来受診を勧めてください。

症状	程度	irAE (ICI 使用時のみ)	有無
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	息切れ・呼吸苦・空咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
悪心	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	粘液便・血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 回/日	粘膜のただれ・瞼や眼の充血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	体重増加・声のかすれ 体重減少・震え・発汗	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	呂律が回らない・瞼が重い・ 脱力・筋肉痛・赤褐色尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	頭痛・痙攣・意識消失	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	見えにくい・眩しい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	口渇・尿量の増加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
皮膚障害 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Grade ()	胸痛・動悸・労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

自由記載欄

<抗がん剤の服薬遵守状況、提案事項など>

--

***** 病院記入欄 *****

<input type="checkbox"/> 電子カルテ記入 <input type="checkbox"/> スキャナ取込 <input type="checkbox"/> その他 () 確認者印：
ご報告ありがとうございます。