

外来化学療法用 トレーシングレポート

聴取日

報告日

患者ID		患者氏名	様
診療科		主治医	
保険薬局名		担当薬剤師	

Grade3の場合は原則受診を推奨して下さい。

項目	Grade (0～3で記載)	Grade1	Grade2	Grade3
悪心		摂食習慣に影響のない食欲低下	体重減少、脱水、栄養失調を伴わない経口摂取の減少 静注投与を要する	カロリーや水分の経口摂取不十分経管栄養・TPN・入院を要する
嘔吐		治療を要さない	外来での静脈注射を要する 内科的治療を要する	経管栄養・TPN・入院を要する
便秘		不定期な症状 下剤/浣腸/食事の工夫を不定期に使用	下剤や浣腸の定期的な使用 身の回り以外の日常生活の制限	排便を要する頑固な便秘 身の回りの日常生活動作の制限
下痢		便の硬さや排便回数の変化	ベースと比較し4-6回/日の排便増加/人工肛門からの排泄量の中等度増加	ベースと比較し7回/日以上排便増加/人工肛門からの排泄量の高度増加
口腔内粘膜炎		症状がない 軽度の症状 治療を有さない	食事に支障が無い中等度の疼痛/潰瘍 食事の変更要す	高度の疼痛 経口摂取に支障ある
症状の詳細				

Gradeは未評価の場合は未記入にして下さい

Gradeの詳細はCTCAEver6.0を参照して下さい

※アドヒアランスの状況※

対象薬： _____

☐ 提案事項 ☐ 報告事項	
--	--

保険薬局 担当薬剤師様

副作用や内服状況などを聴取した際に緊急性は低いが情報提供する
 必要がある場合はこの用紙をご利用下さい。
 Grade3など緊急性のある副作用はTELにてご連絡下さい。

市立四日市病院 薬局

TEL: (疑義照会専用) 059-350-5051
 FAX: 059-354-0266