

# 外来化学療法用 トレーシングレポート

報告日： 年 月 日

患者ID		患者氏名	
診療科		主治医	先生
保険薬局名		担当薬剤師	

項目	Grade (0~3で記載)	Grade1	Grade2	Grade3
悪心		接触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	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	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 下剤を不定期に使用	下剤の定期的な使用 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		ベースと比較し<4回/日の排便増加	ベースと比較し4-6回/日の排便増加	ベースと比較し7回/日以上 の排便増加
食欲不振		摂取習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少を伴わない摂取量の低下 栄養剤要する	顕著な体重減少・栄養失調 輸液や経腸栄養を要する
症状の詳細				

Gradeは未評価の場合は未記入して下さい

Gradeの詳細はCTCAEver5.0を参照して下さい

<b>※アドヒアランスの状況※</b>	対象薬： _____
---------------------	------------

<input type="checkbox"/> 提案事項	
<input type="checkbox"/> 報告事項	

保険薬局 担当薬剤師様
<small>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。</small>

市立四日市病院 薬局  
TEL： (疑義照会専用) 059-350-5051  
FAX： 059-354-0266