



FAX:東京北医療センター薬剤室 03-5963-6826

東京北医療センター 御中

保険薬局 → 薬剤室 → 主治医
報告日: 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :		電話番号 :
患者名 :		FAX 番号 :
聞き取り日 : _____年 _____月 _____日 ()		担当薬剤師名 :
レジメン : CAPOX BV療法		印
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るので報告いたします。		

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

★CTCAE ver5.0 に基づく、Grade 2 以上の症状（緊急性がなく次回診察への情報提供）について記載をお願いします。

有害事象	実際の症状の詳細

主な副作用症状での Grade2 （ CTCAE ver5.0 参照 ）

悪心	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
嘔吐	24 時間に 3～5 エピソードの嘔吐（5 分以上間隔が開いたものをそれぞれ 1 エピソードとする。）
食欲不振	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化：経口栄養剤による補充を要する
下痢	ベースラインと比べて 4-6 回/日の排便回数増加、ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加：身の回り以外の日常生活動作の制限
便秘	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的状況：身の回り以外の日常生活動作の制限
口腔粘膜炎	経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍：食事の変更を要する
倦怠感	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
浮腫	四肢間の差が最も大きく見える部分で、体積または周長の差が> 10-30%；腫脹または四肢の解剖学的構造が不明瞭
手足症候群	疼痛を伴う皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）：身の回り以外の日常生活動作の制限
末梢神経障害	中等度の状況：身の回り以外の日常生活動作の制限
高血圧	ベースラインが正常範囲の場合は収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血圧 90-99 mmHg）：ベースラインで行っている内科的治療の変更を要する：再発性または持続性
皮膚障害	中等度：最小限/局所的/非侵襲的治療を要する：年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限

★その他、病院側への情報提供（次回診察への情報提供）

--

病院記載欄 : ☐ FAX 受付内容確認済み 担当薬剤師名（病院）

<注意> FAX による情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。