



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<br><br>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 :<br><br>印 |
| レジメン : DeVIC療法 _____                                                                                                                                    |   |                   |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。<br><input type="checkbox"/> 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。