FAX:東京北医療センター薬剤室　03-5963-6826

保険薬局 → 薬剤室 → 主治医局

東京北医療センター　御中 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 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名：  聞き取り日：＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日（　　　）  レジメン：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  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ます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症状：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 | 中等度の症状：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。