記入日：　　　　　年　　　月　　　日

[ ] 　八尾市立病院 　　　　　[ ] 　八尾徳洲会総合病院

[ ] 　医真会八尾総合病院　　　　　[ ] 　医真会総合クリニックス [ ] 　安中診療所

外来がん薬物治療トレーシングレポート【八尾薬薬連携版】

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 保険薬局　（名称・電話番号・FAX番号） |
| 処方医：　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 |  |
| 患者ＩＤ： |
| 患者氏名： | 担当薬剤師名： |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認日：　　　　　　年　　　　月　　　　日 | [ ]  投薬時　　　　[ ]  テレフォンフォローアップ時　　　[ ]  患者からの問い合わせ |
| 対象薬剤もしくはレジメン名： |
| 有害事象 | グレード評価 | 発現時期 | 詳細（支持療法の使用状況なども含む） |
| 発熱 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 食欲不振 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 悪心 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 嘔吐 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 口腔粘膜炎 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 味覚異常 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 倦怠感 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 下痢 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 便秘 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 末梢神経障害 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 疼痛 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 皮膚乾燥 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| ざ瘡様皮疹 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| そう痒症 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 爪囲炎 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 手足症候群 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| 浮腫 | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
|  | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
|  | [ ] なし | [ ] G1 [ ] G2 [ ] G3 |  |  |
| ※該当する項目が無い場合は有害事象共通用語規準（CTCAE v5.0）を参照し空欄に記載して下さい。※38℃以上の発熱やGrade３の有害事象を認めた場合は外来受診を勧めて下さい。なお、医師から事前に指示がある場合は指示を優先して対応して下さい。　　　　　※緊急を有する場合は疑義照会で対応後、報告して下さい。 |
| **有害事象に関する補足事項、支持療法の評価、服薬状況に関する情報提供、提案事項、その他（処方箋など、別紙添付可）** |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  報告内容を確認しました。（スキャナで取り込みました。） | [ ]  報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。） |
| [ ]  提案内容を医師へ伝えました。（※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。） |
| [ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記入日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　記入者： |

令和4年（2022年）4月発行