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