



がん化学療法用 トレーシングレポート（保険薬局→八千代医療センター）

処方医 科 先生	保険薬局名・所在地：
患者ID:	電話番号：
患者名：	FAX 番号：
処方箋発行日：	担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることにに対して患者の同意を得ています。	
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることにに対して患者の同意は得ていませんが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

1. レジメン名（ ）化学療法実施日： 年 月 日
2. アドヒアランスの確認 確認日： 年 月 日 ☐本人 ☐家族 ☐その他（ ）
確認方法：☐電話フォローアップ ☐在宅訪問 ☐薬局での聞き取り ☐患者からの問い合わせ ☐その他（ ）
経口抗がん薬：☐残薬なし ☐残薬あり→詳細と理由（ ）
支持療法薬：☐残薬なし ☐残薬あり→詳細と理由（ ）

3. 主な有害事象（副作用）発現状況（CTCAE v5.0 による評価）

	症状確認		症状有無		Grade1		Grade2		Grade3	
悪心	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/>	経管栄養/TPN/入院を要する
嘔吐	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	24 時間に1~2 エピソード	<input type="checkbox"/>	24 時間に3~5 エピソード	<input type="checkbox"/>	24 時間に6 エピソード以上
食欲不振	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない経口摂取量の変化	<input type="checkbox"/>	静脈内栄養/経管栄養/TPN を要する
口内炎	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	軽度症状で治療を要さない	<input type="checkbox"/>	中等度の疼痛または潰瘍があり、食事変更を要する	<input type="checkbox"/>	高度の疼痛があり、経口摂取に支障がある
便秘	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	不定期または間欠的の症状	<input type="checkbox"/>	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的の症状	<input type="checkbox"/>	排便を要する頑固な症状
下痢	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	日常と比較して 3 回/日以下の便回数増加	<input type="checkbox"/>	日常と比較して 4~6 回/日の便回数増加	<input type="checkbox"/>	日常と比較して 7 回/日以上便回数増加
発熱	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	38.0~39.0℃	<input type="checkbox"/>	39.1~40.0℃	<input type="checkbox"/>	>40.0℃（24 時間持続なし）
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	中等度の労作に伴う息切れ	<input type="checkbox"/>	極めて軽度の労作に伴う息切れ；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	安静時の息切れ；身の回りの日常生活動作の制限
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	症状がない	<input type="checkbox"/>	中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	高度の症状；身の回りの日常生活動作の制限
手足症候群	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎（例：紅斑、浮腫、角質増殖症）	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	疼痛を伴う高度の皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）；身の回りの日常生活動作の制限
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない	<input type="checkbox"/>	体表面積の 10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない；身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、中等度または高度の症状を伴う；身の回りの日常生活動作の制限；経口抗菌薬を要する局所の重複感染
その他 []	<input type="checkbox"/>	未確認	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<免疫チェックポイント阻害薬用>

● 主な有害事象（副作用）の発現状況（CTCAE v5.0 による評価）

		Grade	症状			Grade	症状
発熱	なし □	1 □	38.0～39.0℃	呼吸 困難	なし □	1 □	中等度の労作に伴う息切れ
		2 □	39.1～40.0℃			2 □	極めて軽度の労作に伴う息切れ
		3 □	>40.0℃（24 時間持続なし）			3 □	安静時の息切れ
悪心	なし □	1 □	摂食習慣に影響のない食欲低下	腹痛	なし □	1 □	軽度の疼痛
		2 □	経口摂取量の減少（体重減少伴わない）			2 □	身の回り以外の日常生活動作の制限
		3 □	経管栄養/TPN/入院を要する			3 □	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	なし □	1 □	だるさがある、または元気がない	頭痛	なし □	1 □	軽度の疼痛
		2 □	身の回り以外の日常生活動作の制限			2 □	身の回り以外の日常生活動作の制限
		3 □	身の回りの日常生活動作の制限			3 □	身の回りの日常生活動作の制限
意識レ ベルの 低下	なし □	1 □	注意力の低下	手足の 脱力	なし □	1 □	軽度の症状
		2 □	鎮静、刺激に対する反応の低下			2 □	身の回り以外の日常生活動作の制限
		3 □	覚醒困難			3 □	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	なし □	1 □	日常と比較して 3 回/日以下の排便回数増加	皮疹	なし □	1 □	症状がない、または軽度の症状
		2 □	日常と比較して 4～6 回/日の排便回数増加			2 □	外用薬または内服治療を要する
		3 □	日常と比較して 7 回/日以上排便回数増加			3 □	静脈内投与による治療を要する
体重の 増/減	なし □	1 □	ベースラインより 5%以上 10%未満 増/減	食欲不振	□なし □あり（ ）		
		2 □	ベースラインより 10%以上 20%未満 増/減	口渇	□なし □あり（ ）		
		3 □	ベースラインより 20%以上 増/減	眼の異常	□なし □あり（ ）		
その他	□なし □あり（ ）			その他	□なし □あり（ ）		

※太枠内をまず確認し、逆引きアニュアルを参考に聴取してください。

4. 薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容

注意： 緊急性がある場合（Grade3 以上の有害事象等）は、直接医師に連絡または患者より病院に連絡するようにしてください。
病院への情報提供が必要と判断した場合は、FAX をお願いいたします。
疑義照会は FAX で行っていませんので、直接処方医に行ってください。

病院使用欄（化学療法担当薬剤師）

□電子カルテに取り込んでいます □主治医に報告しています

□その他（ ）

薬剤師コメント（

）

薬剤師名：_____