

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

大分記念病院 薬剤科 宛 FAX：097-545-7216

緊急を要さないが情報提供が望ましいと判断された情報を処方医師へフィードバックし、情報の共有化および薬物治療の有効性と安全性の向上を図ることを目的としています。緊急を要する場合は電話で処方医へお問い合わせください。

報告日： 年 月 日 添付資料： 無 有（ 枚：この用紙を含む）

処方医	先生	保険薬局あるいは施設名：
患者番号：		電話番号：
患者氏名：		FAX 番号：
生年月日： 年 月 日		薬剤師名あるいは担当者名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われるので報告いたします。		

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報告内容	<input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 薬剤管理サマリー <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> 手技（ <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 抗がん薬（ <input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 注射）*副作用を報告する際は CTCAE を用いて評価してください。簡易的な評価シートを次ページにご用意しておりますのでご利用ください。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	情報提供・提案事項

病院への情報提供依頼(患者の同意有の時のみ)
<input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> プロトコール <input type="checkbox"/> その他()

《大分記念病院記入欄》情報提供ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> 次回より提案に沿った内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 <input type="checkbox"/> その他
返信日： 年 月 日 記入者：

【主な有害事象一覧】

当院では有害事象の発現状況について副作用共通（CTCAE Ver.5）を用いて評価を行っております。抗がん薬に関するトレーシングレポート作成の際にご利用ください。

有害事象	該当なし	グレード 1	グレード 2	グレード 3	
消化器症状	悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の低下	<input type="checkbox"/> 経管栄養や TPN の使用を検討し、入院治療を要する
	嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 外来にて点滴治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養や TPN の使用を検討し、入院治療を要する
	食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の低下 経口栄養剤による補充が必要	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を伴う 経管栄養・静脈栄養・TPN の投与を要する
	口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度であり治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障はないが中等度の疼痛・潰瘍があり食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛があり経口摂取に支障がある
	味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響がない	<input type="checkbox"/> 食事への影響がある（味の消失・不快な味覚）	
	下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> 4~6回/日の排便回数増加があり身の回り以外の日常生活動作が制限される	<input type="checkbox"/> 7回以上/日の排便回数増加があり入院を要する。または身の回りの日常生活動作が制限される
	便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状があり便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用する	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的症状があり身の回り以外の日常生活動作が制限される	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘があり身の回りの日常生活動作が制限される
全身症状	倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさがあり、活気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがあり、活気がない	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがあり、また活気がない
神経症状	しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input type="checkbox"/> 中等度の症状があり、身の回り以外の日常生活動作の制限がある	<input type="checkbox"/> 高度の症状があり、身の回りの日常生活動作の制限がある
循環器症状	息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れがある	<input type="checkbox"/> 極めて軽度の労作に伴う息切れがあり身の回り以外の日常生活動作が制限される	<input type="checkbox"/> 安静時の息切れがあり身の回りの日常生活動作が制限される
	動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状であり治療を要さない	<input type="checkbox"/> 治療を要する	
	血圧異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 120~139 または拡張期血圧 80~89	<input type="checkbox"/> ベースラインが正常範囲の場合は収縮期血圧 140~159 または拡張期血圧 90~99 ベースラインで行っていた内科的治療の変更を要する再発性または持続性(≧24時間);症状を伴う>20(拡張期血圧)の上昇または以前正常であった場合は>140/90 への上昇;単剤の薬物治療を要する	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧≧160 または拡張期血圧≧100 内科的治療を要する