



FAX 送信先

日本赤十字社 高知赤十字病院 薬剤部 がん化学療法担当者宛  
FAX : 088-872-3995 (薬剤部直通)

がん化学療法

に関する情報提供専用

※この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。

## &lt;薬剤部からのお願い&gt;

この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は、直接電話にて各科外来へ問い合わせをお願いいたします。

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日：	年    月    日	保険薬局情報	
患者 ID:		名称：	
患者氏名：	(生年月日： 年    月    日)	住所：	
担当医：	科	TEL :	FAX :
担当薬剤師氏名：			

この情報を担当医へ伝えることに対し、患者の同意を得た。同意を得ていないが、治療上必要と考えられるため情報提供致します。

レジメン名 又は 抗がん剤名 :

副作用のグレード評価の詳細は有害事象共通用語基準 v5.0 (略称: CTCAE v5.0) を確認してください。

日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) の内容は CTCAE 訳語の解説を確認してください。

抗がん剤による間質性肺障害、免疫チェックポイント阻害薬による irAE (免疫関連有害事象) 等の有無について可能な限り確認してください。

下記の赤太枠に該当する場合、患者さんから直接病院へ連絡するようお伝えください。※高血圧症に関しては、Grade3、且つ自覚症状を認める際、患者さんから直接当院（または高血圧症治療に関するかかりつけ医）に連絡するようお伝えください。

有害事象	Grade1	Grade2	Grade3
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日 1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日 3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日 6回以上吐いた
手足症候群	<input type="checkbox"/> 痛みを伴わない軽微な皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う高度の皮膚の変化
悪心	<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが、食事摂取量は変わらない	<input type="checkbox"/> 吐き気があり、食事摂取量が低下している	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 違和感または軽度の痛み	<input type="checkbox"/> 食事形態の変更を要する	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食べられない
便秘	<input type="checkbox"/> 下剤を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 下剤を定期に使用	<input type="checkbox"/> 摘便が必要
下痢	<input type="checkbox"/> 1日 1~3回の排便回数増加/人工肛門からの排泄量が軽度増加	<input type="checkbox"/> 1日 4回以上の排便回数増加/人工肛門からの排泄量が中等度増加	<input type="checkbox"/> 1日 7回以上の排便回数増加/人工肛門からの排泄量が高度増加
浮腫 (四肢)	<input type="checkbox"/> 注意深い観察でむくみがわかる	<input type="checkbox"/> むくみが容易にわかる	<input type="checkbox"/> むくみが著明である
高血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期 120-139 または拡張期 80-89	<input type="checkbox"/> 収縮期 140-159 または拡張期 90-99 等	<input type="checkbox"/> 収縮期 $\geq$ 160 または拡張期 $\geq$ 100 等 ※
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 体表面積の <10% を占める紅斑皮疹または膿疱	<input type="checkbox"/> 体表面積の 10-30% を占める紅斑皮疹または膿疱等	<input type="checkbox"/> 体表面積の >30% を占める紅斑皮疹または膿疱で中等度、または高度の症状を伴う
爪周炎	<input type="checkbox"/> 爪襞の浮腫や紅斑	<input type="checkbox"/> 局所的治療または内服治療を要する	<input type="checkbox"/> 外科的治療または点滴治療を要する
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 感覚鈍麻/しびれがある	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作の制限あり	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作の制限あり
症状の詳細 その他 (報告、質問事項等)			

[返信希望 (ある場合)]  あり

## 【返信欄】(病院記入欄)

 報告内容を確認しました。医師等に報告、情報共有いたします。 提案の内容を考慮して対応いたします。 その他 ( )