

がん薬物療法共通トレーシングレポートの利用方法

POINT

01 基本情報の入力

| | | | | | | |
|---------------------------|------------|--|---|----------|--------|------------|
| ① | | 御中 | ↑ | 送付先 | ② | 報告日: 年 月 日 |
| がん薬物療法共通トレーシングレポート | | | | | | |
| 担当医 | 科 | 先生 | 保険薬局 | 名称: | 所在地: | |
| ③ 患者ID: | | | | TEL/FAX: | 担当薬剤師: | |
| 患者名: | | | レジメン: | | | |
| ④ 確認日: | 月 日 (day) | 確認方法: | <input type="checkbox"/> テレフォン <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| この報告に対する患者同意 | | <input type="checkbox"/> 同意を得た <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します | | | | |

①(宛先)をドロップダウンリストから選択すると②(送付先)が自動で表示されます

③(基本情報)を入力してください

④(確認日) は点滴を実施した日をday1としてください

がん薬物療法共通トレーシングレポートの利用方法

POINT

02 副作用の評価

⑤の『あり』にチェックがあり緊急を要する場合は電話での連絡をお願いします

⑥聞きとった症状をGradeで評価してください（※Grade3以上で緊急を要する場合は電話での連絡をお願いします）

⑦症状の空白セルをクリックすると、⑥に記載のない症状を選択可能です

（選択可能項目：皮膚乾燥、爪囲炎、高血圧、味覚異常、関節痛、筋肉痛）

〈注意〉 ① にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いいたします。
 ② トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ⑤ | ・発熱 (38℃以上) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | ※S-1を服用している場合のみ回答 流涙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | ・呼吸困難、息切れ、空咳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| | ・重篤な出血 (吐血、下血、喀血、血尿等) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |

| 症状 | Grade1 | Grade2 | Grade3 |
|--|---|---|---|
| 嘔吐 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 24時間に1-2回の嘔吐 | <input type="checkbox"/> 24時間に3-5回の嘔吐 | <input type="checkbox"/> 24時間に6回以上の嘔吐 |
| 悪心 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量に変化なし | <input type="checkbox"/> 食事や水分の摂取量が減った | <input type="checkbox"/> 水分も摂取できない |
| 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食欲低下あるも摂取量に変化なし | <input type="checkbox"/> 食欲がなく摂取量が減った | <input type="checkbox"/> ほとんど食事がとれない |
| 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> だるさ、疲れやすさはあるが日常生活に問題ない | <input type="checkbox"/> 身の回りのことはできるが日常生活に支障がある | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある |
| 下痢 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 普段より排便が1~3回多い | <input type="checkbox"/> 普段より排便が4~6回多い | <input type="checkbox"/> 普段より7回以上の排便回数の増加 便失禁;身の回りの日常生活動作の制限 |
| 便秘 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> たまに下剤を服用 | <input type="checkbox"/> 定期的に下剤が必要 | <input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘;身の回りの日常生活動作の制限 |
| 口内炎 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 少し痛い | <input type="checkbox"/> 中等度の痛み、食事の変更が必要 | <input type="checkbox"/> 食事ができないくらい痛い |
| 末梢性ニューロパチー (しびれ) <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> しびれがあるが日常生活に影響なし | <input type="checkbox"/> しびれで日常生活に影響がある。(着がもちにくい、歩きにくい等) | <input type="checkbox"/> 高度の症状 身の回りの生活動作の制限 |
| 手掌・足底発赤知覚不全症候群 (HFS) <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 痛みはないが皮膚の変化 (紅斑、浮腫、角質増殖症)はある | <input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症) | <input type="checkbox"/> 痛みを伴う高度の皮膚の変化 (角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症) |
| 発疹 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 身体の10%未満の発疹 | <input type="checkbox"/> 身体の10~30%を占める発疹 | <input type="checkbox"/> 身体の30%以上を占める発疹 |
| そう痒症 <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> かゆみがあるが日常生活に影響なし | <input type="checkbox"/> かゆみで日常生活に影響はあるが身の回りのことはできる | <input type="checkbox"/> かゆみで身の回りのこともできない |
| ⑦ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

がん薬物療法共通トレーシングレポートの利用方法

POINT

03 アドヒアランスの確認と特記事項

| | |
|---|--|
| ⑧ | <p>【服薬状況の確認】</p> <p>経口抗がん剤の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬剤名 ()</p> <p>服薬状況 <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 継続服用できていない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
| ⑨ | <p>【その他特記事項 (処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)】</p> |

⑧内服抗がん薬があるレジメンの場合は、アドヒアランスや服薬状況の確認をお願いします

⑨病院への報告事項（症状の詳細や処方提案など）があれば、こちらの欄にご記入ください