

(記入例)

一宮市立市民病院

処方提案書 (がん専用トレーシングレポート)

【注意】 このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り『院外処方箋問い合わせ票』にてお願い致します。

患者ID ○○○○○○○○○	患者氏名 一宮 太郎	報告日 20○○年 ○月 △日
診療科 ○○科	処方医名 文京 次郎 先生	保険薬局 名称・所在地 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○ ○○-○-○ ○○○薬局 ○○店
レジメン名 または 使用抗がん剤名 消・外-Pmab/FIRI-大腸-q2w		薬剤師氏名 木曾川 花子
		TEL ○○○○-○○-○○○○ FAX ○○○○-○○-○○○○
<input checked="" type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 処方提案		治療日 20○○年 ○月 ○日 (5コース day 1)
<input checked="" type="checkbox"/> 処方医への報告に患者の同意あり <input type="checkbox"/> 患者の同意は無いが、治療上重要と考えられるため報告		

報告内容

服薬状況 **良好です。内服薬は飲み忘れなく服用できています。**

Grade	0	1	2	3	4	発現時期
悪心	なし	食習慣変わらず	体重、食事量低下	食事が摂れない	—	5コースday6～
嘔吐	なし	治療を要さない	外来治療が必要	入院治療が必要	緊急処置を要する	
下痢	なし	普段より1～3回/日多い	普段より4～6回/日多い	普段より7回以上多い	緊急処置を要する	5コースday3～
便秘	なし	緩下剤等を不定期使用	緩下剤・浣腸を定期使用	日常生活に支障を来す	緊急処置を要する	
口内炎	なし	治療を要さない	痛みあり、食事は摂れる	痛みで食事が摂れない	緊急処置を要する	
味覚異常	なし	食生活に変化なし	食生活に変化あり	—	—	
末梢神経障害	なし	日常生活に支障なし	身の周りの動作に制限あり	日常生活に支障あり	緊急処置を要する	
手足症候群	なし	疼痛なし、紅斑・浮腫などの変化あり	疼痛あり、角質剥離・水泡・出血などあり	より強い疼痛あり、日常生活に支障あり	—	
倦怠感	なし	日常生活に支障なし	日常生活以外の動作に制限あり	日常生活に支障あり	—	治療開始日～

*Grade3以上は受診を勧める目安です。CTCAEの詳細・その他の副作用については薬薬連携の窓を参照下さい。

その他情報提供・報告事項など

ヒルドイドソフト軟膏はこまめに使用できているとのことですが、顔、頭に皮疹がみられておりロコイドクリーム、リドメックスローションも使用されています。今のところかゆみはそれほど強くないようです。外用剤の塗布方法について質問がありましたので、ヒルドイド→ステロイドの順で使用するよう指導しました。

排便回数は1日2回程度で、ブリストルスケール5程度の便が出ているとのことでした。

【返信欄】

確認しました。 提案通りに変更します。 処方変更はありません。 下記の通りに対応します。

年 月 日 回答者：