

保険薬局→病院・薬剤部→担当医

記入日： 年 月 日

野上病院 御中

外来がん薬物治療トレーシングレポート

処方箋交付日： 年 月 日	保険薬局 (名称・電話番号・FAX 番号)
処方医： 科 先生 御机下	
患者 I D：	
患者氏名：	担当薬剤師名：

確認日： 年 月 日 投薬時 テレフォンフォローアップ時 患者からの問い合わせ

対象薬剤もしくはレジメン名：

有害事象	グレード評価		発現時期	詳細 (支持療法の使用状況なども含む)
発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
悪心	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
味覚異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
疼痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
そう痒症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
爪囲炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
手足症候群	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		

※該当する項目が無い場合は有害事象共通用語規準 (CTCAE v5.0) を参照し空欄に記載して下さい。
 ※38℃以上の発熱や Grade 3 の有害事象を認めた場合は外来受診を勧めて下さい。なお、医師から事前に指示がある場合は指示を優先して対応して下さい。
 ※緊急を有する場合は疑義照会に対応後、報告して下さい。

有害事象に関する補足事項、支持療法の評価、服薬状況に関する情報提供、提案事項、その他 (処方箋など、別紙添付可)

*****病院記入欄*****

報告内容を確認しました。(スキャナで取り込みました。) 報告内容を医師へ伝えました。(カルテに記載しました。)

提案内容を医師へ伝えました。(※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。)

その他 ()

記入日： 年 月 日 記入者：