

# トレーニングレポート（服薬情報提供書）がん化学療法関連 専用書式

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。発熱等、緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名： 浜松ろうさい病院	所在地
担当医： 科 先生	TEL
患者氏名： 様	FAX
(患者ID： )	薬剤師氏名
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	

[ 処方箋交付日： 令和 年 月 日 ] [ 調剤年月日： 令和 年 月 日 ]

レジメン				day
服薬アドヒアランス	良好	不良	不明	詳細：
(詳細)	副作用発現の有無 および CTCAE v5.0 による重篤度評価			
項目	無	Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少, 脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入院を要する
食欲不振	<input type="checkbox"/>			
	詳細・対応・提案等			
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状; 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<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
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて <4回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 4-6回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 7回以上/日の排便回数増加; 入院を要する; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない, または軽度の症状; 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
	詳細・対応・提案等			
味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化 (例: 経口サプリメント); 不快な味; 味の消失	<input type="checkbox"/> -
	詳細・対応・提案等			
手足症候群 <small>(手掌・足底発赤知覚不全症候群)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎 (例: 紅斑, 浮腫, 角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化 (例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化 (例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症); 身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状がない; 臨床所見または検査所見のみ	<input type="checkbox"/> 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の症状; 身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等			
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさがある, または元気がない	<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る, または元気がない状態	<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, または元気がない状態
	詳細・対応・提案等			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*身の回りの日常生活動作; 入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用、薬の内服が可能で、寝たきりではない状態をさす。

血圧 (一週間程度の平均値) 収縮期: mmHg / 拡張期: mmHg

※ その他情報提供 (詳細・対応・提案等)

※ 返信欄 (病院記載)

- 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。  変更を検討します。  
 現状のまま継続し、経過観察します。  提案内容を考慮し、以下の通り対応します。