

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL
患者氏名			FAX
聴取日時	月	日	時頃
対象	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン

アドヒアランス

※コメントは下部の詳細情報欄へ

 良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	24時間に6回以上のエピソード		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・浣腸を不定期に使用	手足 症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・浣腸が定期的に必要な		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/> 3	排便を要する		<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・ 関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛、経口摂取に支障あり		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 3	安静時の息切れ
<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> なし		
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	°C
血圧		mmHg / mmHg <small>上の値が</small>	その他①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

【 病院記載欄 】

- 主治医コメント  
 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※ 不明な点は、手順書をご確認ください。

《 高知県病院薬剤師会 》

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医 <b>臨床腫瘍</b> 科 <b>南国 土佐男</b> 先生	保険薬局名称 <b>高知県病薬薬局</b>
患者ID <b>01-2345-6</b>	TEL <b>888-888-8888</b> FAX <b>888-888-8888</b>
患者氏名 <b>野庭 モネ</b>	担当薬剤師 <b>鯉 薬味</b>
聴取日時 <b>12 月 24 日 16:30</b> 時頃	この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を
対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン

**CapeOX/BV**

アドヒアランス

※コメントは下部の詳細情報欄へ

 良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	24時間に6回以上のエピソード	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	7回/日以上排便回数増加	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・浣腸を不定期に使用	手足 症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・浣腸が定期的に必要な		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	排便を要する	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・ 関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛、経口摂取に支障あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	安静時の息切れ
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )		発熱	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) °C	
血圧	<b>135</b> mmHg / <b>85</b> mmHg <small>12/24朝</small>		その他①	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <b>脱毛(G1)</b> )	

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

## 【詳細情報・指導内容・処方提案など】

12/21より下痢発現。12/22下痢頻回のため休薬。市販の整腸剤を服用し、症状は改善傾向のようです。次回、ロペラミド追加してはいかがでしょうか。足底に発赤が見られるが疼痛は無いようです。保湿剤含め、皮膚ケアについて再度指導しました。最近、枕に付着する髪の毛が増えたことを気にされています。

## 【病院記載欄】

- 主治医コメント  
 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※ 不明な点は、手順書をご確認ください。

《高知県病院薬剤師会》

トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(ICI)】

処方医	科	先生	保険薬局名称
患者ID			TEL
患者氏名			FAX
聴取日時	月	日	時頃
対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン

アドヒアランス ※コメントは下部の詳細情報欄へ

良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
発熱	<input type="checkbox"/> 1	38.0~39.0℃	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	39.1~40.0℃		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 40.0℃<(持続時間は24時間以内)		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 安静時の息切れ
悪心	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	腹痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	怠さがある	頭痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
意識レベルの低下	<input type="checkbox"/> 1	注意力の低下	手足の脱力	<input type="checkbox"/> 1	自覚はあるが他覚的でない
	<input type="checkbox"/> 2	鎮静、刺激に対する反応の低下		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 覚醒困難		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
体重の増・減	<input type="checkbox"/> 1	ベースラインの5%以上10%未満	筋肉痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	<input type="checkbox"/> 2	ベースラインの10%以上20%未満	無気力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3 ベースラインの20%以上	眼の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		その他①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
口渇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		その他②	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

※ 太枠内をまず確認し、逆引きマニュアルを参考に聴取を進めてください。

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

【 病院記載欄 】

主治医コメント  
 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※ 不明な点は、手順書をご確認ください。

《 高知県病院薬剤師会 》

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(ICI)】

処方医 <b>臨床腫瘍</b> 科 <b>南国 土佐男</b> 先生	保険薬局名称 <b>高知県病薬薬局</b>
患者ID <b>01-2345-6</b>	TEL <b>888-888-8888</b> FAX <b>888-888-8888</b>
患者氏名 <b>野庭 モネ</b>	担当薬剤師 <b>鯉 薬味</b>
聴取日時 <b>12 月 24 日 16:30</b> 時頃	この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を
対象 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン

**アテゾリズマブ**

アドヒアランス

※コメントは下部の詳細情報欄へ

 良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
発熱	<input type="checkbox"/> 1	38.0~39.0°C	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	39.1~40.0°C		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	40.0°C<(持続時間は24時間以内)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	安静時の息切れ
悪心	<input checked="" type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	腹痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	顕著な体重減少、栄養失調		<input checked="" type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input checked="" type="checkbox"/> 1	怠さがある	頭痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限		<input checked="" type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
意識レベルの低下	<input type="checkbox"/> 1	注意力の低下	手足の脱力	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自覚はあるが他覚的でない
	<input type="checkbox"/> 2	鎮静; 刺激に対する反応の低下		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	覚醒困難		<input checked="" type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	7回/日以上排便回数増加		<input checked="" type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
体重の増・減	<input type="checkbox"/> 1	ベースラインの5%以上10%未満	筋肉痛	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	<input type="checkbox"/> 2	ベースラインの10%以上20%未満	無気力	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	ベースラインの20%以上	眼の異常	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	その他①	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
口渇	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	その他②	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		

※ 太枠内をまず確認し、逆引きマニュアルを参考に聴取を進めてください。

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

時々ムカムカすることがあるが、食事は何とか摂れているようです。身体が怠く、何をやる気にもなれないため横になることがあるようですが、買い物や散歩は行っています。いずれも症状は軽度ですが、副腎不全が疑われる状況ではないでしょうか。追加の検査等、ご検討ください。

【 病院記載欄 】

主治医コメント

薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※ 不明な点は、手順書をご確認ください。

《 高知県病院薬剤師会 》