

がん化学療法用 トレーシングレポート

処方日	年 月 日	保険薬局 名称	
診療科		所在地	
処方医	先生		
患者ID		電話番号	
患者氏名		FAX番号	
生年月日	年 月 日	担当薬剤師名	

- 1 該当医薬品 エスワン (テカフル・ギメラシル・オテラシル) カペシタシン

*各レジメンに関しては病院HP参照のこと

2 副作用の状況について

下記の症状にあてはまる数字に○をつけてください *CTCAE v5.0 より改変

項目	症状について	症状があった日 (何日ごろなど)
倦怠感	1 からだがだるい、元気がない	
	2 うごくのがおっくうで、動きたくない	
悪心・嘔吐	1 0~1回吐いた	
	2 数時間ごとに吐いた	
	3 1日6回以上吐いた	
下痢	1 治療前に比べて2~3回増えた	
	2 治療前に比べて4~6回増えた	
	3 治療前に比べて7回以上増えた	
食事	1 むかつきがあったが、食べることができた	
	2 食べる量がすごく減った(半分程度)	
	3 水も飲めない、全く食べられない	
手足症候群	1 赤みがあり、腫れているが痛みはない	
	2 赤みや腫れ、水膨れ、皮がむけるなどの症状があり、痛みがあるが生活に困ることはない	
	3 上記の症状や痛みが強く、生活で困ることがあった	
末梢神経障害	1 しびれや痛みはあるが、日常生活に影響はない	
	2 日常生活に影響はないが、行動が制限されることがある	
	3 普段の生活ができないほどしびれや痛みが強い	
口内炎	1 口の中の違和感または痛みが少しある	
	2 痛みがあり食事が食べにくい	
	3 痛くて食事が全くとれない	

- 3 残薬について 残薬 なし あり → _____錠

- 4 体重について 前回 _____kg → 今回 _____kg

- 5 特記事項 または その他 (治療上の悩みや不安、服薬状況・副作用の補足、処方・検査提案など)

.....

.....

<返信欄 (病院使用欄)> <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りに変更します。 <input type="checkbox"/> 提案については理解しましたが現状のまま継続し、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 その他特記事項)		病院名 白河厚生総合病院 氏名 _____ (医師・薬剤師・その他 ()) 返信日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
---	--	---

FAX送信先 : 024-822-2338(白河厚生総合病院 薬剤科)