

(資料 1)

トレーシングレポート報告例

トレーシングレポート)

← ティーエスワン →

担当医	以下	保険薬局 名称・所在地
患者ID 患者氏名 生年月日	S11-⑦	

下記の通りお薬サポートダイヤルを行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

□薬局から患者へ連絡 □患者から薬局へ連絡(問い合わせ) □投薬時

聞き取り日: H29年 9月 3日(日) 16時 00分 ~ 時 分 担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人 家族
レジメン: SP療法

服用期間: 8月24日 () ~ 9月13日 () / 休薬期間: 月 日 () ~ 月 日 ()

アドヒアランス: 良 不良 (飲み忘れ回数 回 その他:)

有害事象	未確認	無	有・グレード	備考・指導内容
下痢		✓		頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: Cap 支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
悪心(吐き気)			✓ G2	※悪心対策の指導 嘔吐は吐き気、嘔吐の両方を経験している。ドレパドレ服用で改善したとのこと。
嘔吐		✓		嘔吐頻度: 回/日 吐き気止めの服用状況、水分の摂り方など 支持療法: <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した ※嘔吐対策の指導
食欲不振			✓ G2	食事摂取量 20% (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より -1kg) ※食事の摂り方の指導
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
皮膚障害				□発疹: □体 □顔 □その他 □色素沈着 □HFS(手足症候群) 支持療法: □ 収膏の塗布を指示した □収膏の適正使用について再度説明した ※HFSは足の裏もしっかり確認
全身倦怠感(だるさ)			✓	□日常生活には影響がない □日常生活に支障が出ている ※日常生活に支障が出ている場合はホットライン 服薬後、今日1日中ベイト上で過労状態とのこと。 H29/5月 HLにてTS-1一時中止して休ませる旨でその時エ/モ薬のことです。
眼の障害				□流涙 □眼脂 □その他
その他 身体症状 指導内容	□便秘:(G)-無 □味覚異常:(G)-無 □浮腫:(G)-無 □呼吸器(有・無) □空咳(有・無) □息切れ(有・無) SP療法5コース目 day11 食欲不振あり、水も取れずとのこと。 服薬後、今日1日中ベイト上で過労状態とのこと。 H29/5月 HLにてTS-1一時中止して休ませる旨でその時エ/モ薬のことです。			

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

TS-1の服薬継続は可能でしょうか

<注意> 緊急性のある情報提供に関しては外来化学療法室への直通電話(ホットライン)を利用させていただきます。

病院記載欄: FAX受付内容チェック済

担当薬剤師名(病院)

⇒ 先生 →

先生
先生

↑↑↑↑↑ 頂上報告済みの内容です

⇒ 先生外来受診・補浪投与