

担当	机下	保険薬局 名称・所在地
患者	810-①	

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: H. 29年 3月 28日(火) 9時10分 ~ 9時40分    担当薬剤師名(薬局): \_\_\_\_\_

対応者:  本人     家族  
 レジメン: TS-1 単剤

服用期間: 3月22日(水) ~ 4月8日(火) / 休薬期間: 4月9日(水) ~ 5月2日(火)

アドヒアランス:  良好     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			G1	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 3/27に2回下痢(排便あり)。その後3/28朝までは下痢なし。 4回以上になる時は病院に連絡するよう指示しました。
悪心(吐き気)			G1	※悪心対策の指導 身体をゆわけるような衣服は避け、室内換気等と気分転換を。 食事は匂いのするものは避け、熱すぎたり冷たすぎたりしないものを少量ずつ食べられる時に。
嘔吐			G1	嘔吐頻度: 回/日 嘔吐回数: 回/日 吐き気が1日2回程度。水分は取れている。 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 1日に3回以上の嘔吐、食事や水分が取れない、体重が減るなどあれば受診指示。
食欲不振			G1~2	食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より - 〇 kg) ※食事の摂り方の指導 「さっぱり喉越しのよいスープにしたり、やわらかく食べやすいように料理したりすると良い。 食べられなくなったり、体重減少が起こる時は受診指示。
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		✓		<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟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)		✓		<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 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
目の障害		✓		<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容				<input type="checkbox"/> 便秘: (G ) 〇 <input type="checkbox"/> 味覚異常: (G ) 〇 <input type="checkbox"/> 浮腫: (G ) 〇 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無) 腹痛が起きているようである(入院中からDr.にも話した事あり。) 1日中ずっと痛いわけではないが、ずっと継続しているようである。

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

<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) \_\_\_\_\_

3次回外薬のティーエスワン。

担当	保険薬局 名称・所在地
患者 患者 生年	S4-④

下記の通りのお薬サポートマイナー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4月12日(水) 14時27分~14時45分      担当薬剤師名(薬局): \_\_\_\_\_

対応者:  本人     家族

レジメン: TS-1 + ハーセペン

服用期間: 4月5日(水)~4月18日(火) / 休薬期間: 4月19日(水)~4月25日(火)

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			G1	頻度: 3回/日 ロペラミド内服頻度: 1~2回/日 残数: (5錠) 程 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 脱水に注意を要するようお伝えしています。
悪心(吐き気)			G2	※悪心対策の指導 ロペラミド(エムケム)の服用が有効かあるようです。
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			G1~2	食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 摂取量は(おにぎり11個弱)がやっと。 体重減少(現在のケール開始日より) kg (3/10) 62.1kg → (4/11) 59kg ※食事の摂り方の指導 牛乳が苦手なためエソエエ3年しかなかったというので、(水にエソエエ)エソエエに変わる薬(エンタール等)をご検討をお願ひ致します。
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など (→ 糸田先生へご相談済み)
皮膚障害			有	<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟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 発疹はなく痒いというので、色素沈着も相変わらず。(脇の部分に少し改善あり)
全身倦怠感(だるさ)			有	<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 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 重く重く歩けず、少し重くと疲れと横になってしまう。
眼の障害		✓		<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘: (G) (無) <input type="checkbox"/> 味覚異常: (G) (無) <input type="checkbox"/> 浮腫: (G) (無) <input type="checkbox"/> 口の渇き有り → うち等ご口内の <input type="checkbox"/> 呼吸器(有) (無) <input type="checkbox"/> 空咳(有) (無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有) (無) → 足等は大丈夫。    体温は37.5℃(アズエ)に (睡眠はOK)    ↓    お電話でもお話を伺っていました。    お腹がパンパンなのが苦しい。    指導 アスベリンで胃の痛みは時々ありあと10錠。    → 引き続き服用を指示しています			

\*グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

<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) \_\_\_\_\_

Dr. 電話の情報提供 ⇒ エレフ-ルへ変更

服薬性評価書 (トレーシングレポート)

《ティーエスワン》

担当医	机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者氏名 生年月日	NCCF-7-1	

下記の通り服薬性評価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3月14日(水) 11時30分~11時45分    担当薬剤師名(薬局):

対応者:  本人     家族

レジメン: SOX

服用期間: 3月9日(木)~3月23日(木) 休薬期間: 3月23日(木)~3月30日(木) 休

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			G1	頻度: 3~4回/日 ロペラミド内服頻度: 0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 checked="" 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 通常は別剤2~3回/日。水分は摂る。 下痢止めは処方してはいい。
悪心(吐き気)			G1	※悪心対策の指導 7月目~11月目まで。嘔吐する程ではない。→安眠薬を処方して下痢。
嘔吐		✓		嘔吐頻度: 0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			G1	食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より) kg ※食事の摂り方の指導 好まぬもの、食べられないもの、のどが痛いものなど摂取できなかった。
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など 冷たいもので刺激 → 常温で水分摂取。口の中を清潔に保つように。
皮膚障害				<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟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 かゆみあり。OTC塗り薬購入 → 保湿。こむら返り内服。足の裏も保湿。
全身倦怠感(だるさ)		✓		<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 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
眼の障害		✓		<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘:(G )・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G )・無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G )・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無) しゃがみ、痛みあり。今後は冷たいものは避けた方がいい。今後しゃがみかどなど気になるものは避けたい。 今後冷たいものは避けたい。今後しゃがみかどなど気になるものは避けたい。今後冷たいものは避けたい。今後しゃがみかどなど気になるものは避けたい。			

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。下痢はロペラミドの内服も点滴の調整も考慮して処方した。  
<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)

トレーシングレポート

《 ティーエスワン 》

担当医:	乳下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者氏名 生年月日	NCCE - 10-5	

下記の通りお薬サポートタイダ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 6月 27日 (X) 9時 05分 ~ 9時 10分      担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人    家族

レジメン: SOX

服用期間: 6月 23日 (F) ~ 7月 7日 (F) / 休薬期間: 7月 7日 (F) ~ 7月 14日 (F)

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)			/	※悪心対策の指導 食後に少し吐き気が出ることもあり
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			/	食事摂取量 50% (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より - 0 kg) ※食事の摂り方の指導 味覚障害により食欲低下しているが、水分は2L/日とるFライしているとのこと → 食べやすいものをとり、水分はしっかりとるように促しました。
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		✓		<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟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)			/	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 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 疲れている。
眼の障害		✓		<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容				<input type="checkbox"/> 便秘:(G ) (無) <input checked="" type="checkbox"/> 味覚異常:(G )・無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G ) (無) <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有 ) (無) <input type="checkbox"/> 空咳(有 ) (無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有 ) (無) 以前からT-1のものをおりく感じがあり、時覚異常が出ていて食量は減っており、体重減少はないうこと。鼻水が出ることも、しばらくは落ちていた前立腺肥大の症状が出てきて排尿困難があるようです。排尿困難を軽減させるため泌尿器科受診をすすめました。

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

<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)

G2 副作用あり、こちらからお電話致します

国立がん研究センター東病院 御中 ( FAX : 04-7135-5452 )

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医  
報告日: H29年 6月 26日 (A)

薬剤師報告書 (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	NCC E-30-5	

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 6月 26日 (A)    9時 10分 ~ 9時 15分    担当薬剤師名 ( 薬局 ): \_\_\_\_\_

対応者:  本人     家族

レジメン: 50x

服用期間: 6月 20日 (A) ~ 7月 4日 (A) / 休薬期間: 7月 4日 (A) ~ 7月 11日 (A)

アドヒアランス:  良     不良 ( 飲み忘れ回数 0 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)		○		※悪心対策の指導
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		○		食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少 (現在のクール開始日より kg) ※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		○		<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS (手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟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)			G2	<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input checked="" type="checkbox"/> 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 ずっと横にならざる。前クールより悪化。
眼の障害		○		<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘: (G )・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常: (G )・無 <input type="checkbox"/> 浮腫: (G )・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 (有・無) <input type="checkbox"/> 空咳 (有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ (有・無)			

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

<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) \_\_\_\_\_

※ 医師に連絡しS-1は中止へ  
患者状態を確認したいと患者より  
直接病院へtel 欲しいと指示あり伝達済み