

シングレポート)

◀ ゼロータ ▶

担当医	保険薬局 名称・所在地
患者ID 患者日 生年月	

S 36-①

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: 29年 7月 4日 (火) 13時 20分 ~ 13時 30分	担当薬剤師名(薬局):
対応者: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	★ 6/28 ~ 7/4 の朝分しか服用していたから、 (朝の下用は知す強い不安がある為)
レジェン: ゼロータ B 5	
服用期間: 6月 28日 (火) ~ 7月 11日 (火) / 休薬期間: 月 日 () ~ 月 日 ()	
アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 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
HFS (手足症候群)			G1	支持療法: <input checked="" 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 ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど 足のケアが重要
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
下痢			G0-1	頻度: 2回/日 処方せんの程度 <input type="checkbox"/> 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、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			G0-1	食事摂取量 % (ゼロータ開始前と比較) 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 T=まにむかんすりが 普通の量で取れる。
浮腫		✓		体重増加(+ kg :浮腫前と比較)
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
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) 日常生活: お仕事 → 入院して以降お休み。副作用の状態見ながら復帰を不覚中 睡眠 → 0			

※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)

上記内容、ホットラインにて本島田先生へお伝え済みです。

先生へお伝えいただき、7/5 ~ ゼロータ中止のご指示 → 患者様へ

お伝え致しまして

⇒ 治療中止 対応

（レッシングレポート）

<ゼロータ>

担 用 薬 名	下	保険薬局 名称・所在地
	S46-①	

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: 2029年 8月 14日 (月) 15時10分~15時20分 担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人 家族

レジメン: XELOX

服用期間: 8月8日 (火)~8月21日 (月) / 休薬期間: 8月22日 (火)~8月28日 (月)

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
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 ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
下痢			G1	頻度: 2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 軟便が続き、ロペラミドの持参は必要です。
悪心(吐き気)		✓		※悪心対策の指導 day3にて軟便の嘔吐が改善されたようです。
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	食事摂取量: 50% (ゼロータ開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より 2kg) ※食事の摂り方の指導 あふさこい 軟便/下痢による食欲不振のため、この薬の付けかえを勧めました。
浮腫		✓		体重増加(+ kg :浮腫前と比較) 1kg以上
全身倦怠感 (だるさ)			G1	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
その他 身体症状 指導内容	<input checked="" 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) 肝神経障害(G1) などのしびれ、などの締め付け感などもあつた。			

※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):

⇒ 上記報告にて 27-10月 一段階減量

担当 医師 生	御机下	保険薬局 名称・所在地
56-①		

下記の内容が薬事法に基づき、関係機関へ報告致します。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 9日(木) 13時05分~13時27分 担当薬剤師名(薬局): _____

対応者: 本人 家族

レジメン: XELOX + アドリアン

服用期間: 2月28日(火)~3月14日(火) / 休薬期間: 3月14日(火)~3月21日(火)

アドリアン: 良好 不良(飲み忘れ回数 0回 その他: _____)

有害事象	承認	無	有・グレード	備考・指導内容
HFS (手足症候群)		✓		支持療法: <input checked="" 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 ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど 予防のために、バリン類似物(保湿クリーム)をしっかりとぬるよう指導しました。
口内炎			有	※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など おやゆなどせめらぬものを食べな 左下の歯茎(入れ歯が当たるところ)が腫れて痛い。 いるとのこと。
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)			G1	※悪心対策の指導 2/9~現在までノバミンE 8T使用。ノバミンでコントロールできているとのこと。
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		✓		食事摂取量 _____ % (ゼロータ開始前と比較) 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
浮腫		✓		体重増加(+ _____ kg :浮腫前と比較)
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
その他 身体症状 指導内容	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘:(G _____)・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G _____)・無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G _____)・無 ※味がうすく感じることがある。 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無) 3/6~歯茎の腫れあり、やや食事の制限を要しています。発熱や出血はありませんが、感染傾向に注意が必要。口腔内を清潔に保ち、悪化するようであればすぐ連絡するよう伝えました。(体重2/8 51.8kg → 3/9 49.4kg)			

※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) _____

ノバミンよく使用することです。手持ちが少なくなるとしたら次回再度処方をお願い致します。

⇒歯茎の炎症 Drへ相談。翌日来院(抗生剤投与)

薬剤師による「トレーシングレポート」

《ゼロータ》

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	NCCE-6-01	

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: H27年 3月 10日 (金) 17時 10分 ~ 17時 20分 担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人 家族

レジメン: XELOX

服用期間: 3月 7日 (火) ~ 3月 21日 (火) / 休業期間: 3月 22日 (水) ~ 3月 29日 (水)

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
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 ※手・足の裏をしっかり確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
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)			2	※悪心対策の指導 パミン服用でもあまり効果がないとのこと。 水はとれるとのことなので、量極限にとどまってお話しました。
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			2	食事摂取量 50% (ゼロータ開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より kg)不明 ※食事の摂り方の指導 食べられるものを食べてもらうようにお話しました。
浮腫		✓		体重増加(+ kg : 浮腫前と比較)
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
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) 手足のしびれ、ピリピリ感あり → 冷たいものを避けるようお話しました。 吐き気のため、撞いながら眠っていることが多いため。今月中旬頃まで仕事を復帰したため、 無理をしなければと残食から減らしました。			

※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)

2017.3.10 17:40
詳細な状態について保険薬局へ確認
緊急性は低いとのこと。状態の悪化は
病院へtel することを確認した。

トレーシングレポート

< ゼロータ >

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	NCCE-13-1	

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: H29年3月27日(月) 19時09分~19時20分 担当薬剤師名(薬局): _____

対応者: 本人 家族
レジメン: XELOX

服用期間: 3月22日(月)~4月5日(月) / 休薬期間: 4月5日(月)~4月12日(月)

アドヒアランス: 良 不良(飲み忘れ回数 回 その他: 3/27朝・9/15服用していない)

有害事象	未確認	無	有・グレード	備考・指導内容
HFS (手足症候群)		<input checked="" type="checkbox"/>		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 ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎		<input checked="" type="checkbox"/>		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
下痢		<input checked="" type="checkbox"/>		頻度: 回/日 ロベラミド内服頻度: 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、ロベラミドの服用法についてなど
悪心(吐き気)			2	※悪心対策の指導 3/25から吐き気があり、3/27強くなり、パミンを2回服用したがおもに効果なし。 ゼロータも服用できず、継続するお困りの様子なので、グレード3以上ではないが、 ゼロータも服用できず、継続するお困りの様子なので、グレード3以上ではないが、
嘔吐		<input checked="" type="checkbox"/>		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			2	食事摂取量 % (ゼロータ開始前と比較) 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 3/27昼食までは食べたが、夕食はとっていません。
浮腫		<input checked="" type="checkbox"/>		体重増加(+ kg :浮腫前と比較)
全身倦怠感 (だるさ)			1	<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
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘:(G) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 無 治療前頻尿に比べ、指先のしびれ、声のすれも少し気になります。しびれについては、注下剤の副作用 を考慮して減らすよう促しました。			

※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) _____

調剤薬局より電話あり対応

医師へも電話あり対応



ゼロータ休薬へ

:(トレーシングレポート)

<ゼロータ>

担当医	卸机下	保険薬局名称所在地 4-18
患者ID 患者氏 生年月	NCC E-16-1	株

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 2 月 28 日 (火) 20 時 25 分 ~ 20 時 35 分 担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人 家族

レジメン: XELOX

服用期間: 3 月 28 日 (火) ~ 月 日 () / 休業期間: 月 日 () ~ 月 日 ()

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
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 ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎		✓		※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
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 ムカハカの嘔吐薬 訴えあり。1バミン服用 320mg 指導しました。
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 70% (ゼロータ開始前と比較) 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 消化の悪い腸と悪心で食べられず指導しました。
浮腫		✓		体重増加(+ kg:浮腫前と比較)
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
その他 身体症状 指導内容	<input checked="" 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)			腹部膨満感あり。下痢、処方が必要と考えられました。

※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)