

資料 4

東京医科歯科大学医学部附属病院 御

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医
報告日: 年 月 日 ()

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

《ゼロータ》

担当医 科 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者氏名: 生年月日:	東京都〇〇区〇〇-〇 △△薬局〇〇店 TEL:03-0000-0000 / FAX:03-0000-0000

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 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 担当薬剤師名 (薬局): _____

対応者: 本人 家族

レジメン: _____

服用期間: 月 日 () ~ 月 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
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
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
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)			

※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) _____

服薬情報提供書 (トレーシングレポート) << ティーエスワン >>

担当医 科 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者氏名: 生年月日:	東京都〇〇区〇〇-〇 △△薬局〇〇店 TEL:03-0000-0000 / FAX:03-0000-0000

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 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 担当薬剤師名 (薬局): _____
 対応者: 本人 家族
 レジメン: _____
 服用期間: 月 日 () ~ 月 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)				※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)				<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
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) _____