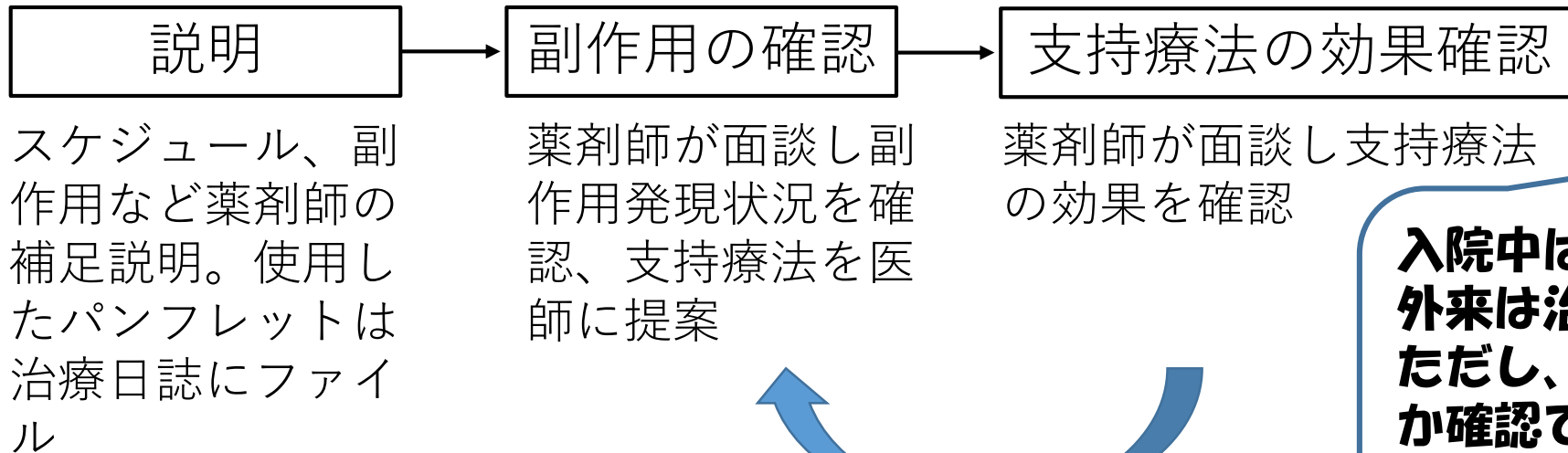
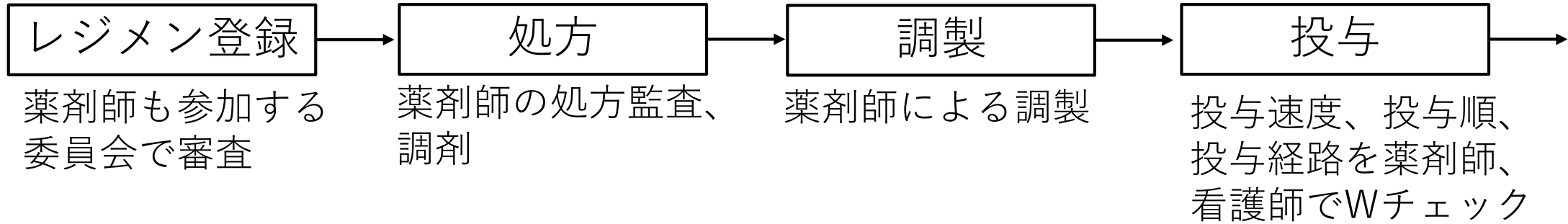


薬剤部からの連絡事項

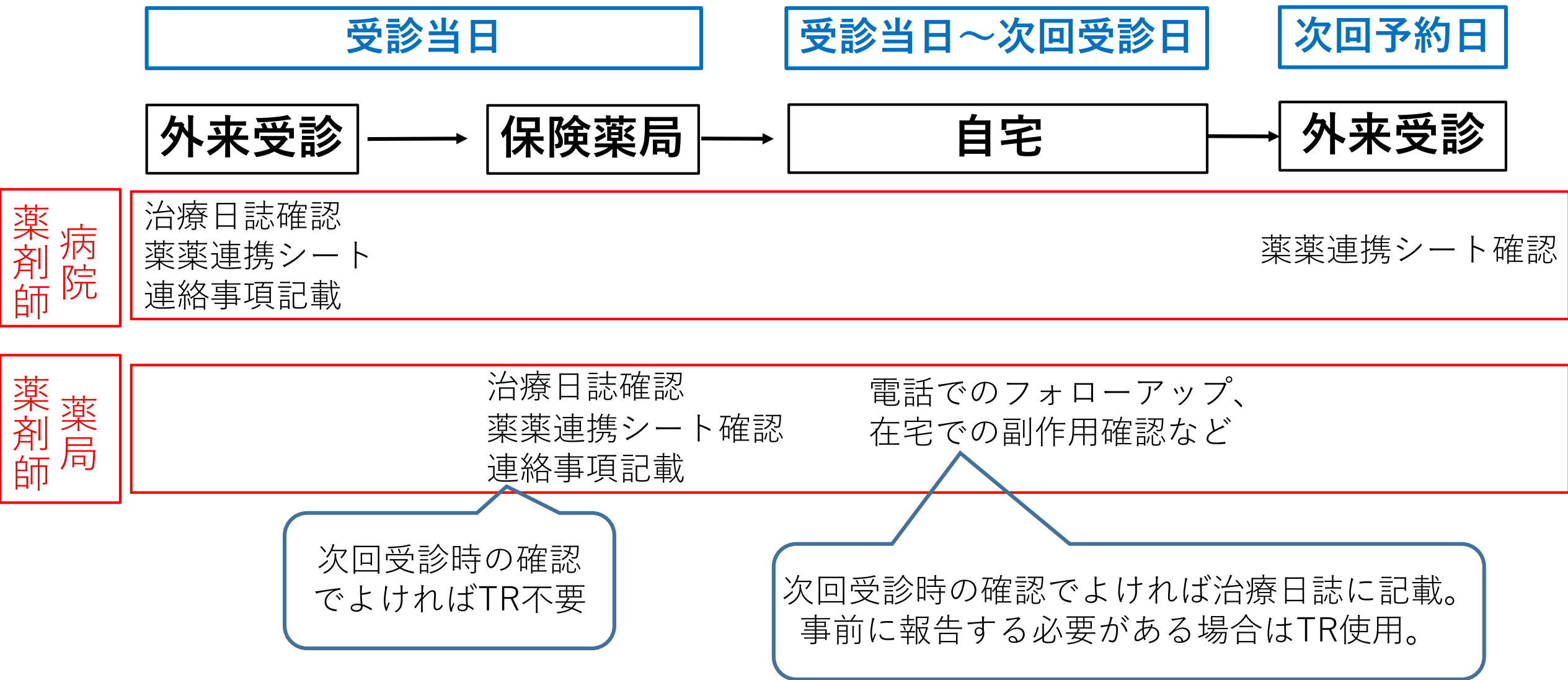
○がん化学療法用トレーシングレポートについて

当院のがん化学療法に対する薬剤師の関わり



**入院中は、毎日症状確認が可能。
外来は治療日誌で症状確認が可能。
ただし、治療日誌は外来受診時にし
か確認できない。。。**

がん化学療法用トレーシングレポート (TR) について



がん化学療法用 トレーシングレポートの導入

▶ 保険薬局の方へ

1. 院外処方箋への検査値用紙添付について

2. がん患者さんに対する薬剤師外来について

3. 吸入指導について

4. がん化学療法に関するトレーシングレポートについて

薬剤部のご紹介

当院HPよりダウンロードして
ご使用ください。

トレーシングレポート別紙（がん化学療法）

トレーシングレポートは至急ではないが、次回受診までに医師に情報提供するために使用するものです。本用紙は保険薬局薬剤師の方ががん化学療法患者さんのコンプライアンスや副作用について医師に情報提供するためトレーシングレポートですが、がん化学療法の一般的な副作用のチェックリストとしてもご利用頂けるよう作成しています。トレーシングレポートとして使用される場合は通常使用されるトレーシングレポートの別紙としてご使用ください。

確認日時	月 日	<input type="checkbox"/> 来局時	<input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ	<input type="checkbox"/> 電話フォローアップ	<input type="checkbox"/> 患者宅訪問時
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

コンプライアンス（がん化学療法）

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
不良の理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ（ 回） <input type="checkbox"/> 用法間違い（ 回） <input type="checkbox"/> 副作用（中止日 月 日）
	<input type="checkbox"/> 自己判断（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※次回受診時に残薬を持参するようご説明ください。

有害事象があれば番号に○をつけてください

悪心	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	嘔吐	1. 治療を要さない軽度の嘔吐 2. 内科的治療を要する嘔吐 1日嘔吐回数 ____回
食欲不振	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	下痢	1. 排便回数が1～3回増えた 2. 排便回数が4～6回増えた 3. 排便回数が7回以上増えた 日常生活の支障の有無 ない / ある
末梢神経障害	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 出来ないことがあるが、日常生活に支障はない 3. 日常生活に支障がある (ボタンが留めれない、箸を使えない)	倦怠感	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 日常生活に支障がある

「3.」に該当する事象が認められた場合は受診を促してください。

手足症候群（カペシタビン、チロシキナーゼ阻害剤など）

当院では手足症候群発現予防として保湿剤を手のひら、足の裏に毎日複数回使用するよう説明しています。適切な使用量は20g/週程度です。症状の発現状況に加え、保湿剤の使用状況もご確認ください。

ざ瘡（抗EGFR抗体など）

当院では発現予防として保湿剤を顔、体に使用するよう説明しています。また症状発現時に使用するステロイド外用剤（顔：mild、体：very strong）も予め処方しています。患者さんの症状発現状況と外用剤使用状況についてご確認ください。

特記事項（上記の補足、上記以外の情報があればご記載下さい）

--

がん化学療法用トレーシングレポート 使い方のポイント

トレーシングレポート別紙（がん化学療法）

トレーシングレポートは至急ではないが、次回受診までに医師に情報提供をするために使用するものです。本用紙は保険薬局薬剤師の方ががん化学療法患者さんのコンプライアンスや副作用について医師に情報提供するためトレーシングレポートですが、がん化学療法の一般的な副作用のチェックリストとしてもご利用頂けるよう作成しています。トレーシングレポートとして使用される場合は通常使用されるトレーシングレポートの別紙としてご使用ください。

確認日	月 日	<input type="checkbox"/> 未局時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> 電話フォローアップ <input type="checkbox"/> 患者宅訪問時
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 同居の他（ ）	

コンプライアンス（がん化学療法）

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
不良の理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ（ 回） <input type="checkbox"/> 用法間違い（ 回） <input type="checkbox"/> 副作用（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> 自己判断（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※次回受診時に残薬を持参するようご説明ください。

有害事象があれば番号に○をつけてください

悪心	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	嘔吐	1. 治療を要さない軽度の嘔吐 2. 内科的治療を要する嘔吐 1日嘔吐回数 〃回
食欲不振	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	下痢	1. 排便回数が1~3回増えた 2. 排便回数が4~6回増えた 3. 排便回数が7回以上増えた 日常生活の支障の有無 ない / ある
末梢神経障害	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 出来ないことがあるが、日常生活に支障はない 3. 日常生活に支障がある (ボタンが留めれない、箸を使えない)	倦怠感	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 日常生活に支障がある

「3」に該当する事象が認められた場合は受診を促してください。

手足症候群（カペシタビン、チロシンキナーゼ阻害剤など）

当院では手足症候群発現予防として保湿剤を手のひら、足の裏に毎日複数回使用するよう説明しています。適切な使用量は20g/週程度です。症状の発現状況に加え、保湿剤の使用状況もご確認ください。

ざ瘡（抗EGFR抗体など）

当院では発現予防として保湿剤を顔、体使用するよう説明しています。また症状発現時に使用するステロイド外用剤（顔： mild、体： very strong）も予め処方しています。患者さんの症状発現状況と外用剤使用状況についてご確認ください。

特記事項（上記の補足、上記以外の情報があればご記載下さい）

--

トレーシングレポートは至急ではないが、次回受診までに医師に情報提供をするために使用するものです。本用紙は保険薬局薬剤師の方が、がん化学療法患者さんのコンプライアンスや有害事象について医師に情報提供するためのトレーシングレポートですが、がん化学療法の一般的な副作用のチェックリストとしてもご利用頂けるよう作成しています。トレーシングレポートとして使用される場合は通常使用されるトレーシングレポートの別紙としてご使用ください。

がん化学療法用トレーシングレポート 使い方のポイント

トレーシングレポート別紙（がん化学療法）

トレーシングレポートは至急ではないが、次回受診までに医師に情報提供をするために使用するものです。本用紙は保険薬局薬剤師の方ががん化学療法患者さんのコンプライアンスや副作用について医師に情報提供するためのトレーシングレポートですが、がん化学療法の一般的な副作用のチェックリストとしてもご利用頂けるよう作成しています。トレーシングレポートとして使用される場合は通常使用されるトレーシングレポートの別紙としてご使用ください。

確認日時	月	日	□来局時	□患者からの問い合わせ	□電話フックアップ	□患者宅訪問時
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

コンプライアンス（がん化学療法）

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
不良の理由
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ（ 回） <input type="checkbox"/> 用法間違い（ 回） <input type="checkbox"/> 副作用（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> 自己判断（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※次回受診時に残薬を持参するようご説明ください。

有害事象が認められた場合に○をつけてください

悪心	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	嘔吐	1. 治療を要さない軽度の嘔吐 2. 内科的治療を要する嘔吐 1日嘔吐回数 ____回
食欲不振	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	下痢	1. 排便回数が1~3回増えた 2. 排便回数が4~6回増えた 3. 排便回数が7回以上増えた 日常生活の支障の有無 ない / ある
末梢神経障害	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 出来ないことがあるが、日常生活に支障はない 3. 日常生活に支障がある （ボタンが留めれない、箸を使えない）	倦怠感	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 日常生活に支障がある

[3.]に該当する事象が認められた場合は受診を促してください。

手足症候群（カベンタピン、チロシンキナーゼ阻害剤など）

当院では手足症候群発現予防として保湿剤を手のひら、足の裏に毎日複数回使用するよう説明しています。適切な使用量は20g/週程度です。症状の発現状況に加え、保湿剤の使用状況もご確認ください。

ざ瘡（抗EGFR抗体など）

当院では発現予防として保湿剤を顔、体に使用するよう説明しています。また症状発現時に使用するステロイド外用剤（顔：mild、体：very strong）も予め処方しています。患者さんの症状発現状況と外用剤使用状況についてご確認ください。

特記事項（上記の補足、上記以外の情報があればご記載下さい）

コンプライアンス（がん化学療法）

<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
不良の理由
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ（ 回） <input type="checkbox"/> 用法間違い（ 回） <input type="checkbox"/> 副作用（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> 自己判断（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）

抗がん剤は休薬期間を遵守することが重要であり中止日を正確に把握する必要があります。
 また残薬が自宅に放置されていることも好ましくありません。残薬調整をする際に残数を正確に把握する必要があります。
 通常トレーシングレポートにもコンプライアンス記載欄がありますが、これらの情報が不足しているため、がん化学療法用のトレーシングレポートをご利用ください。

がん化学療法用トレーニングレポート 使い方のポイント

トレーニングレポート別紙（がん化学療法）

トレーニングレポートは至急ではないが、次回受診までに医師に情報提供をするために使用するものです。本用紙は保険薬局薬剤師の方々ががん化学療法患者さんのコンプライアンスや副作用について医師に情報提供するためトレーニングレポートですが、がん化学療法の一般的な副作用のチェックリストとしてもご利用頂けるよう作成しています。トレーニングレポートとして使用される場合は通常使用されるトレーニングレポートの別紙としてご使用ください。

確認日時	月 日	<input type="checkbox"/> 末局時	<input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ	<input type="checkbox"/> 電話フォローアップ	<input type="checkbox"/> 患者宅訪問時
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

コンプライアンス（がん化学療法）

コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
不良の理由	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ（ 回） <input type="checkbox"/> 用法間違い（ ） <input type="checkbox"/> 副作用（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> 自己判断（中止日 月 日） <input type="checkbox"/> 他（ ）				

※次回受診時に残薬を持参するようご説明ください。

有害事象があれば番号に○をつけてください

悪心	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	嘔吐	1. 治療を要さない軽度の嘔吐 2. 内科的治療を要する嘔吐 1日嘔吐回数 ____回
食欲不振	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	下痢	1. 排便回数が1～3回増えた 2. 排便回数が4～6回増えた 3. 排便回数が7回以上増えた 日常生活の支障の有無 ない / ある
精神障害	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 出来ないことがあるが、日常生活に支障はない 3. 日常生活に支障がある (ボタンが留めれない、箸を使えない)	倦怠感	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 日常生活に支障がある

「3」に該当する事象が認められた場合は受診を促してください。

手足症候群（カペシタビン、チロシンキナーゼ阻害剤など）

当院では手足症候群発現予防として保湿剤を手のひら、足の裏に毎日複数回使用するよう説明しています。適切な使用量は20g/週程度です。症状の発現状況に加え、保湿剤の使用状況もご確認ください。

嘔吐（抗EGFR抗体など）

当院では発現予防として保湿剤を顔、体使用するよう説明しています。また症状発現時に使用するステロイド外用剤（顔：mid、体：very strong）も予め処方しています。患者さんの症状発現状況と外用剤使用状況についてご確認ください。

特記事項（上記の補足、上記以外の情報があればご記載下さい）

有害事象があれば番号に○をつけてください

悪心	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	嘔吐	1. 治療を要さない軽度の嘔吐 2. 内科的治療を要する嘔吐 1日嘔吐回数 ____回
食欲不振	1. 食欲は落ちたが食事は普通に摂取できる 2. 食事が減少した 3. 水分も食事も摂取できない	下痢	1. 排便回数が1～3回増えた 2. 排便回数が4～6回増えた 3. 排便回数が7回以上増えた 日常生活の支障の有無 ない / ある
末梢神経障害	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 出来ないことがあるが、日常生活に支障はない 3. 日常生活に支障がある (ボタンが留めれない、箸を使えない)	倦怠感	1. 症状はあるが何の問題もない 2. 日常生活に支障がある

「3」に該当する事象が認められた場合は受診を促してください。

患者さんから有害事象を聞き取る際に参考にして下さい。「3」に該当する場合は入院が必要なことがあります。患者さんに受診を促して頂きますようお願い致します。

