

がん化学療法 服薬状況提供書(トレーシングレポート)

患者番号: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

【患者の同意】

- 得た  
 得ていないが治療上必要なため報告

保険薬局名	
Tel	
FAX	
担当薬剤師	

【処方医】 \_\_\_\_\_ 【実施レジメン】 \_\_\_\_\_

【服薬状況】  服薬できている  服薬できていない

服薬できていない場合の理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法の誤り <input type="checkbox"/> 用量の誤り <input type="checkbox"/> 自己中断(理由: _____ ) <input type="checkbox"/> 副作用の発現(下記の副作用発現状況に○をつけてください) <input type="checkbox"/> その他( _____ )
--

【副作用状況】

だるさ	0:なし 1:あったが身の回りのことはできた 2:身の回りのことができなかった	しびれ	0:なし 1:感覚の変化があった 2:あるが身の回りのことはできた 3:身の回りのことができなかった
食欲不振	0:なし 1:食事量は大きく減らなかった 2:食事量が大きく減った 3:食事が摂れなかった	関節痛 筋肉痛	0:なし 1:少し痛かった 2:痛かったが身の回りのことはできた 3:身の回りのことができなかった
吐き気	0:なし 1:少しあったが食事は摂れた 2:かなりあったが体重は減らなかった 3:体重が減ったり点滴をした	脱毛	0:なし 1:少しの脱毛 2:大量の脱毛(50%以上)
嘔吐	0:なし 1:1日に1~2回吐いた 2:1日に3~5回吐いた 3:1日に6回以上吐いた	手足の皮膚	0:なし 2:痛みはないが赤くなったりした 3:痛いけど身の回りのことはできた 4:身の回りのことができなかった
便秘	0:なし 1:時々薬を飲めば排便があった 2:定期的に薬を飲むようになった 3:浣腸などが必要になった	咳	0:なし 1:少しあった 2:咳の治療が必要だった 3:身の回りのことができなかった
下痢	0:なし 1:1日の排便回数が1~3回増えた 2:1日の排便回数が4~6回増えた 3:1日の排便回数が7回以上増えた	息苦しさ	0:なし 1:たくさん動くと苦しくなった 2:身の回りのことで苦しくなった 3:ずっと苦しかった
口内炎	0:なし 1:できたが痛みはなかった 2:痛くて食事の工夫が必要だった 3:痛くて食事が摂れない	その他	

【その他提案・報告事項】

--

送信先 国立病院機構宇都宮病院  
 薬剤部 FAX:028-673-2125