記入日：　　年　　月　　日

☐ 八尾市立病院　☐ 八尾徳洲会総合病院
☐ 医真会八尾総合病院　☐ 医真会総合クリニックス　☐ 安中診療所

外来がん薬物治療トレーシングレポート【八尾薬薬連携版】

処方箋交付日：　　年　　月　　日	保険薬局　（名称・電話番号・FAX 番号）
処方医：　　科　　先生　御机下	
患者ＩＤ：	
患者氏名：	担当薬剤師名：

確認日：　　年　　月　　日　☐ 投薬時　☐ テレフォンフォローアップ時　☐ 患者からの問い合わせ

対象薬剤もしくはレジメン名：

有害事象	グレード評価		発現時期	詳細（支持療法の使用状況なども含む）
発熱	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
食欲不振	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
悪心	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
嘔吐	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
口腔粘膜炎	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
味覚異常	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
倦怠感	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
下痢	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
便秘	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
末梢神経障害	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
疼痛	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
皮膚乾燥	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
ざ瘡様皮疹	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
そう痒症	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
爪囲炎	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
手足症候群	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
浮腫	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		
	☐なし	☐G1 ☐G2 ☐G3		

※該当する項目が無い場合は有害事象共通用語規準（CTCAE v5.0）を参照し空欄に記載して下さい。
※38℃以上の発熱や Grade 3 の有害事象を認めた場合は外来受診を勧めて下さい。なお、医師から事前に指示がある場合は指示を優先して対応して下さい。
※緊急を有する場合は疑義照会で対応後、報告して下さい。

有害事象に関する補足事項、支持療法の評価、服薬状況に関する情報提供、提案事項、その他（処方箋など、別紙添付可）

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

☐ 報告内容を確認しました。（スキャナで取り込みました。）　☐ 報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。）
☐ 提案内容を医師へ伝えました。（※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。）
☐ その他（　　）
記入日：　　年　　月　　日　　記入者：

令和４年（2022 年）４月発行