

治療計画および副作用発現状況 情報共有用紙

調剤薬局提出用

【病院→保険薬局】（返信記載スペースにてFAX返信可）

■基本情報

情報提供日 2025年6月30日

患者ID		性別		身長	cm
名前	様	生年月日	歳	体重	kg
				体表面積	m ²

■化学療法内容（レジメン情報）

主病名	術前 / 術後			
レジメン名	療法	サイクル		サイクル目 day
抗がん剤投与量	薬剤名	レジメン投与量	減量	減量理由等
		mg/m ²	<input type="checkbox"/> あり	
		mg/m ²	<input type="checkbox"/> あり	
		mg/m ²	<input type="checkbox"/> あり	
		mg/m ²	<input type="checkbox"/> あり	

■有害事象の発現状況（前回化学療法時から今回までの間の最も症状が重かった時）

有害事象	Grade (CTCAE ver.5)

■病院薬剤師より薬局薬剤師へ連絡事項

■薬局返信記載スペース（こちらに記載頂くか、裏面 or 2枚目のトレーシングレポートをご使用ください）

ご質問や情報共有の際は下記FAX番号にご連絡頂くか、急ぎの場合は下記TELから担当薬剤師にご連絡ください。

みどり市民病院 薬剤部

担当薬剤師： _____

FAX : 052-892-1450

TEL : 052-892-1331 (代)

調剤薬局FAX返信用

【病院→保険薬局】（医療機関返信欄にてFAX返信も可）

抗がん剤治療用モニタリング&情報共有シート（トレーシングレポート） 記載日 年 月 日

診療科		先生御侍史	薬局名	
患者ID		患者名	住所	
レジメン名		療法	電話・FAX番号	
	コース目	日目の状態について	担当薬剤師	
★重要:レジメン内の免疫チェックポイント阻害剤の有無			あり	なし（いずれかに○）
主な訴え:				
特筆すべき合併症 あり なし（「あり」の場合こちらに記載→）				
患者の同意のもと報告します。				
患者の同意はありませんが、治療上必要と思われるので報告します。				

(↑上記いずれかに「○」)

副作用	症状無	軽度	中等度	高度	代表的な症状
嘔吐	□Gr.0	□Gr.1 治療を要さない	□Gr.2 輸液加療、内科治療を要する	□Gr.3以上 経管栄養、入院を検討	胃内要物が口から逆流性に排出されること
悪心	□Gr.0	□Gr.1 摂食習慣影響ない食欲低下	□Gr.2 顕著な体重減少、脱水無しの経口摂取量減少	□Gr.3以上 経管栄養/TPN/入院を要する	ムカムカ感、嘔吐の衝動
下痢	□Gr.0	□Gr.1 <4回/日の増加 *人工肛門排泄量軽度増加	□Gr.2 4-6回/日の増加 *人工肛門排泄量中等度増加	□Gr.3以上 7回以上/日の増加、入院を要する *人工肛門排泄高度増加	排便頻度の増加や軟便または水様便の排便
口腔粘膜炎	□Gr.0	□Gr.1 症状無～軽度症状 *治療を要さない	□Gr.2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍	□Gr.3以上 高度の疼痛、経口摂取に支障がある	口腔粘膜の潰瘍または炎症
皮疹	□Gr.0	□Gr.1 そう痒や圧痛のを問わない<10%の症状	□Gr.2 そう痒や圧痛のを問わない10-30%の症状、社会心理学的影響有	□Gr.3以上 >30%の中～高度の症状で、身の回りの日常生活動作の制限	顔面、頭皮、胸部上部、背部に出現する紅色丘疹および膿疱
疲労感	□Gr.0	□Gr.1 休息により軽快する疲労	□Gr.2 休息によって軽快しない疲労で身の回り以外の日常生活動作の制限	□Gr.3以上 休息により軽快しない疲労で身の回りの日常生活動作制限を要する	日常生活に十分なエネルギー不足、全身的に弱くなった状態
呼吸困難感	□Gr.0	□Gr.1 中等度の労作に伴う息切れ	□Gr.2 ごく軽度の労作に伴う息切れ	□Gr.3以上 安静時の労作に伴う息切れ	呼吸のし難さ
発熱	□Gr.0	□Gr.1 37.5-39℃	□Gr.2 39-40℃	□Gr.3以上 40℃<	発熱症状
その他 ()	□Gr.0	□Gr.1	□Gr.2	□Gr.3以上	

*呼吸困難感&発熱については間質性肺炎の可能性についてよく確認し、必要時は医療機関まで連絡ください

【医療機関返信欄】(もしくは病院様式にて返信します)	担当者

※本提供書での情報伝達は疑義照会ではありません。

FAX : 052-892-1450 TEL : 052-892-1331 (代)

第1.1版

令和7年6月30日

みどり市民病院 薬剤部 担当

宛