

経口抗がん剤に関する服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日 0123 年 4 月 5 日

【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

さやま総合クリニック 薬剤室 FAX番号：04-2900-2626

*太枠内をご記入下さい。

さやま総合クリニック	
担当医	外科 狭山 太郎 先生 御机下
<input checked="" type="checkbox"/> この情報提供を行うことに対して患者または代諾者の同意を得ております。 <input type="checkbox"/> 患者、代諾者の同意は得ておりませんが、治療上必要性があるため報告します。	
【患者】	【情報提供元保険薬局】
ID: 123456	名称: ●●薬局 ◆◆店
氏名: 狭山 次郎	TEL: 04-1111-1111 FAX: 04-2222-2222
生年月日: 1234年 5月 6日 (西暦,和暦表記どちらでも可)	保険薬剤師氏名: ○○ ○○
処方箋発行日: 0123 年 4 月 5 日	

1. 服薬状況

情報提供書の対象薬剤名: (カペシタピン) 良好 やや不良 不良

※良好以外の場合、「報告事項・その他」の欄に理由を記載してください。

2. 副作用の状況 (“なし”または“あり”に✓を付け、“あり”の場合各項目をCTCAE v.5.0を参考にGrade評価して下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 呼吸困難 (✓なし □あり)	<input checked="" type="checkbox"/> 出血 (✓なし □あり) ※自由記載【出血部位など】
<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ	
<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ	
<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ	
<input checked="" type="checkbox"/> 下痢 (□なし ✓あり プリストルスケール: 6-8)	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘 (✓なし □あり)
<input type="checkbox"/> Grade1 ベースラインと比べて<4回/日の排便数増加	<input type="checkbox"/> Grade1 不定期または間欠的な症状
<input type="checkbox"/> Grade2 ベースラインと比べて4-6回/日の排便数増加	<input type="checkbox"/> Grade2 緩下薬または洗腸の定期的使用を要する持続的症状
<input type="checkbox"/> Grade3 ベースラインと比べて7回以上/日の排便数増加	<input type="checkbox"/> Grade3 排便を要する頑固な便秘
<input checked="" type="checkbox"/> 悪心・食欲不振 (□なし ✓あり)	<input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感 (✓なし □あり)
<input checked="" type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの生活動作が制限される
<input checked="" type="checkbox"/> 味覚異常 (✓なし □あり)	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔粘膜炎症 (✓なし □あり)
<input type="checkbox"/> Grade1 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> Grade1 症状がない、または軽度の症状
<input type="checkbox"/> Grade2 食生活の変化を伴う味覚変化	<input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍
<input type="checkbox"/> Grade3 -	<input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛
<input checked="" type="checkbox"/> 皮膚症状 (✓なし □あり) ※自由記載【発疹,乾燥,色素沈着など】	<input checked="" type="checkbox"/> 流涙 (✓なし □あり)
	<input type="checkbox"/> Grade1 治療を要さない
	<input type="checkbox"/> Grade2 症状があり、中等度の視力の低下を伴う
	<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な視力の低下
<input checked="" type="checkbox"/> 手足症候群 (□なし ✓あり 部位: 両足底)	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 (✓なし □あり: / mmHg)
<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化,皮膚炎(紅斑,浮腫,角質増殖症)	<input type="checkbox"/> Grade1 120-139又は80-89mmHg
<input checked="" type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚の変化;身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> Grade2 140-159又は90-99mmHg
<input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う高度の皮膚の変化;身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> Grade3 160又は100mmHg 以上

※副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧め下さい。 ⇒ 受診を勧めた

“高血圧”の項目は分子標的薬を処方されている方には特に記載をお願い致します。

3. 報告事項・その他 (服薬状況や副作用の補足、上記にない副作用、疼痛管理、処方・検査等の提案など)

カペシタピンの副作用症状があり、自己判断で休業していた時期がありました。

排便状況は緩めですが、排便回数は普段と変わらず生活に支障はない程度です。症状が今以上になれば外来受診を勧めています。

手足症候群の症状が強いため、市販の保湿剤を勧めた上で外来受診を勧めています。皮膚科受診やカペシタピンの減量や保湿剤のご処方などご検討・ご確認をお願いします。

4. 回答・返信欄 情報提供ありがとうございます。上記提供内容を確認し、医師と情報共有を行いました。

提案通りの内容に変更しました。

内容について考慮しましたが、現状のまま継続し経過観察しました。

内容について考慮し、以下の通り対応しました。

回答日: 年 月 日	回答医師名:
返信日: 年 月 日	返信薬剤師名: