

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

《 マルチキナーゼ阻害剤 》

担当医	科	御机下
実際に調剤した製剤	()	例:ネクサバル 等
用法用量	1日 回 mg/回 連日/ 投 休	例:1日2回 400mg(回 連日/ 投 休
患者情報	薬局名-識別番号(患者ID)-性別(男1.女2.)	

下記の通り副作用の確認を行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日:H 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 担当薬剤師名(薬局): _____
 対応者: 本人 家族 状況: 至急ご確認ください 確認をお願いします
 服用期間: 月 日 () ~ 月 日 () / 休薬期間: 月 日 () ~ 月 日 ()
 アドヒアランス: 良 不良 (飲み忘れ回数 回 その他:)

有害事象	未確認	無	有 グレート	備考・指導内容
食欲不振				食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より kg) ※食事の摂り方の指導
下痢				頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: Cap 支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
口内炎				※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
HFS (手足症候群)				支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど
高血圧				血圧測定の実施: <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無 本日の血圧:(/), 前回受診日からの最高血圧:(/) ※頭痛や動悸などの随伴症状がある場合は病院へ直接連絡
浮腫				体重増加:(+ kg :浮腫前と比較) 場所:() ※疼痛を伴う場合は病院へ直接連絡
全身倦怠感 (だるさ)				<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘:(G)・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G)・無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G)・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無)			
保険薬局名称・所在地	栃木県 市(郡) 町			薬局
	TEL: / FAX:			

重篤な副作用が発現していた場合の連絡先: 栃木県立がんセンター 薬剤部 外来指導担当
TEL:028-658-5151(代)

病院記載欄: FAX受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院) _____

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

《 EGFR-TKI 》

担当医	科	御机下
実際に調剤した製剤	()	例: イレッサ 等
用法用量	1日 回 mg/回 連日/ 投 休	例: 1日1回 250mg/回 連日/ 投 休
患者情報	薬局名-識別番号(患者ID)-性別(男1. 女2.)	

下記の通り副作用の確認を行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日: H__年__月__日() __時__分~__時__分 担当薬剤師名(薬局): _____
 対応者: 本人 家族 状況: 至急ご確認ください 確認をお願いします
 服用期間: 月 日 () ~ 月 日 () / 休薬期間: 月 日 () ~ 月 日 ()
 アドヒアランス: 良 不良 (飲み忘れ回数 回 その他: _____)

有害事象	未確認	無	有 グレート	備考・指導内容
下痢				頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: Cap 支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
口内炎				※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
食欲不振				食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のケール開始日より kg) ※食事の摂り方の指導
全身倦怠感 (だるさ)				<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている
ざ瘡様皮疹				支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※直射日光、肌への刺激の回数、保湿など
乾燥				支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した
爪囲炎				支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※保湿、洗浄、ガーゼ保護、テーピングなど 部位(どこの手足の第何指か): _____
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 味覚異常:(G)・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無)			
保険薬局名称・所在地	栃木県 市(郡) 町			薬局
	TEL: _____			/ FAX: _____

重篤な副作用が発現していた場合の連絡先: 栃木県立がんセンター 薬剤部 外来指導担当
TEL: 028-658-5151(代)

病院記載欄: FAX受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院) _____

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

《カペシタビン》

担当医	科	御机下
実際に調剤した製剤	(ゼローダ)
用法用量	1日 回 mg/回 投 休	例:1日2回 2400mg/回 2投1休
患者情報	薬局名一識別番号(患者ID)—性別(男1.女2.)	

下記の通り副作用の確認を行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日:H__年__月__日() __時__分~__時__分 担当薬剤師名(薬局): _____
 対応者: 本人 家族 状況: 至急ご確認ください 確認お願いします
 服用期間: 月 日 () ~ 月 日 () / 休薬期間: 月 日 () ~ 月 日 ()
 アドヒアランス:良 不良(飲み忘れ回数 回 その他:)

有害事象	未確認	無	有 グレート	備考・指導内容
HFS (手足症候群)				支持療法 : <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※手・足の裏をしっかり確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎				※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
下痢				頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: Cap 支持療法 : <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
悪心(吐き気)				※悪心対策の指導
嘔吐				嘔吐頻度: 回/日 吐き気止めの服用状況、水分の摂り方など 支持療法 : <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した ※嘔吐対策の指導
食欲不振				食事摂取量 % (ゼローダ開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より kg) ※食事の摂り方の指導
浮腫				体重増加(+ kg :浮腫前と比較)
全身倦怠感 (だるさ)				<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘:(G)・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G)・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無)			
保険薬局名称・所在地	栃木県 市(郡) 町		薬局	
	TEL:		/ FAX:	

重篤な副作用が発現していた場合の連絡先: 栃木県立がんセンター 薬剤部 外来指導担当
TEL:028-658-5151(代)

病院記載欄 : FAX受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院) _____

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

《 エスワン 》

担当医	科	御机下
実際に調剤した製剤	()	例:エスワンタイホウ 等
用法用量	1日 回 mg/回 投 休	例:1日2回 50mg/回 4投2休
患者情報	薬局名-識別番号(患者ID)-性別(男1.女2.)	

下記の通り副作用の確認を行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日:H 年 月 日() 時 分 ~ 時 分 担当薬剤師名(薬局):

対応者: 本人 家族 状況: 至急ご確認ください 確認をお願いします

服用期間: 月 日() ~ 月 日() / 休薬期間: 月 日() ~ 月 日()

アドヒアランス:良 不良(飲み忘れ回数 回 その他:)

有害事象	未確認	無	有 グレート	備考・指導内容
下痢				頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: Cap 支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
悪心(吐き気)				※悪心対策の指導
嘔吐				嘔吐頻度: 回/日 吐き気止めの服用状況、水分の摂り方など 支持療法: <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した ※嘔吐対策の指導
食欲不振				食事摂取量 % (S-1開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より kg) ※食事の摂り方の指導
口内炎				※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
皮膚障害				<input type="checkbox"/> 発疹: <input type="checkbox"/> 体 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※HFSは足の裏もしっかり確認
全身倦怠感(だるさ)				<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている
眼の障害				<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/> 便秘:(G)・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:(G)・無 <input type="checkbox"/> 浮腫:(G)・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無)			
保険薬局名称・所在地	栃木県 市(郡) 町 / FAX: 薬局 TEL:			

重篤な副作用が発現していた場合の連絡先: 栃木県立がんセンター 薬剤部 外来指導担当
TEL:028-658-5151(代)

病院記載欄: FAX受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院) _____