

トレーニングレポート S-1 (エスワン)



大阪国際がんセンター
DI室 がん薬薬連携窓口
FAX 06-6945-1290

(注意) この用紙は疑義照会ではありません。
医師への疑義照会、緊急時は電話で行ってください。

報告日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者ID	
患者名	様
診療科・医師名	科 先生
処方箋発行日	年 月 日

保険薬局名	
保険薬局TEL	
保険薬局FAX	
薬剤師名	

※患者よりFAX送信の同意を 得た 得ていない (以下、該当項目に)

有害事象があればチェックして下さい (聞き取り _____ 年 ____ 月 ____ 日 時点)

有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)
悪心	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣に影響のない食欲低下
	<input type="checkbox"/> 2	体重減少や栄養失調、脱水を伴わない食事量の減少
	<input type="checkbox"/> 3	カロリーや水分の経口摂取が不十分な状態

有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない軽度の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 2	静脈内輸液や内科的治療を要する中等度の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 3	経管栄養やTPN、入院を要する重度の嘔吐

倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	軽度のだるさ
	<input type="checkbox"/> 2	家事、買物などの労作的なADLを制限するだるさ
	<input type="checkbox"/> 3	食事、入浴などの基本的なADLを制限するだるさ

口内炎	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	食事内容の変更を要する中等度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 3	経口摂取に支障のある重度の疼痛

下痢	<input type="checkbox"/> 1	普段と比べて1日に1~3回までの排便回数増加
	<input type="checkbox"/> 2	普段と比べて1日に4~6回までの排便回数増加
	<input type="checkbox"/> 3	普段と比べて1日に7回以上の排便回数増加

皮疹	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない軽度の症状
	<input type="checkbox"/> 2	非侵襲的治療を要する中等度の症状
	<input type="checkbox"/> 3	入院などを要する重度の症状

色素沈着	<input type="checkbox"/> 1	体表面積の10%以下/心理的影響のない色素沈着
	<input type="checkbox"/> 2	体表面積の10%以上/心理的影響のある色素沈着
	<input type="checkbox"/> 3	_____

眼障害	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛、流涙、目脂
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、流涙、眼脂/中等度の視力低下
	<input type="checkbox"/> 3	重度の疼痛、流涙、眼脂/重度の視力低下

※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーニングレポートをFAX送信 (※)「有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版」一部改変

Grade3以上の場合 病院へ電話連絡 受診勧奨 → どちらかを実施の上FAX送信

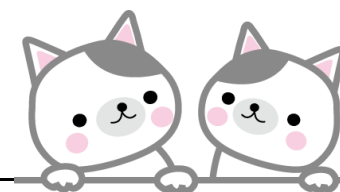
特記事項 (薬局→病院) 減量または休薬を提案します 服用状況報告 その他

特記事項 (病院→薬局) 内容を確認しました 医師に報告しました その他

担当薬剤師

--

大阪国際がんセンター 薬局



大阪国際がんセンター

2020.5 作成