

東北労災病院 御中

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薬

担当医: 科 先生 御机下

| | |
|--------|--|
| 処方箋交付日 | 保険薬局名 |
| 聞き取り日 | 所在地 |
| 患者 ID | 担当薬剤師名 印 |
| 患者氏名 | <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 否 |
| 生年月日 | TEL : FAX : |



使用薬剤 アドヒアランス 良 不良(飲み忘れ 回)

確認方法 投薬時 保険薬局への問い合わせ テレフォンフォロー その他 ()

聞き取りした方 本人 ご家族 その他 ()

- 患者(本人・家族・代理人)の同意を(口頭・書面)で得てこの情報をお伝えしています。
- 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるのでこの情報をお伝えしています。

副作用状況について下記の通り報告いたします。

| 項目 | なし | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 |
|-------|--|--|--|---|
| 食欲不振 | | 摂食習慣に影響しない | 顕著な体重減少、栄養失調を伴わない摂食量の減少 | カロリーや水分の経口摂取が不十分 |
| 倦怠感 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> だるさがある または元気がない | <input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作が制限される | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作が制限される |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1日(24時間)に 1~3回下痢があった | <input type="checkbox"/> 1日(24時間)に 4~6回下痢があった | <input type="checkbox"/> 1日(24時間)に 7回以上下痢があった |
| 手足症候群 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 痛みを伴わない 皮膚の変化があった | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り 以外の日常生活動作制限 | <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、 身の回りの日常生活動作制限 |
| |  | |  | |
| 口内炎 | <input checked="" type="checkbox"/> | 症状はわずかで 摂食に影響しない | <input checked="" type="checkbox"/> 症状はあるが、食べやすく 加工した食事を摂取できる | <input checked="" type="checkbox"/> 症状あり、経口摂取に 支障がある |
| 高血圧 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 120-139/80-89 mmHg | <input type="checkbox"/> 140-159/90-99 mmHg | <input type="checkbox"/> 160 mmHg以上 |
| 出血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽度の症状がある | <input type="checkbox"/> 内科的処置を必要とする | <input type="checkbox"/> 輸血が必要である |
| その他 | <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input checked="" type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 尿の泡立ち <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> () | | | |

保険薬局からの情報提供(例) 副作用への心配事、治療について、治療費のこと、今後のこと等