

トレーシングレポート カペシタビン

注意) この用紙は疑義照会には使いません。
医師への疑義照会、緊急報告などは電話で行ってください。



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

報告日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者ID		保険薬局名	
患者名	様	保険薬局TEL	
診療科・医師名	科 先生	保険薬局FAX	
処方箋発行日	年 月 日	薬剤師名	
レジメン名	カペシタビン 単剤 ・ 併用 → ()		

※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 (*)	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	嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない軽度の嘔吐
	<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"/> 2	静脈内輸液や内科的治療を要する中程度の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 3	カロリーや水分の経口摂取が不十分な状態		<input type="checkbox"/> 3	経管栄養や入院を要する重度の嘔吐
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	軽度のだるさ	口内炎	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<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"/> 2	食事内容の変更を要する中程度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 3	食事、入浴などの基本的なADLを制限するだるさ		<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	食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
	<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"/> 2	顕著な体重減少や栄養失調は伴わない摂取量の減少／経口栄養剤による補充を要する
	<input type="checkbox"/> 3	普段と比べて1日に7回以上の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少または栄養失調を伴うほど経口摂取が不十分／静脈内輸液、経管栄養やTPNを要する
色素沈着 (皮膚色素過剰)	<input type="checkbox"/> 1	体表面積の10%以下／社会心理的影響のない色素沈着	手足症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない皮膚障害 (角質増殖、紅斑、浮腫など)
	<input type="checkbox"/> 2	体表面積の10%超／社会心理的影響のある色素沈着		<input type="checkbox"/> 2	疼痛を伴う皮膚の変化 (角質剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫など)、身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	_____		<input type="checkbox"/> 3	疼痛を伴う重度の皮膚の変化 (角質剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫など)、身の回りの日常生活動作の制限

※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーシングレポートを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
