

がん化学療法トレーシングレポート

担当医 科 医師	保険薬局 名称
患者 ID 氏名	TEL・FAX 担当薬剤師名
レジメン名	確認日 確認方法 テレフォン 在宅訪問 投薬時 その他()

副作用評価(治療開始前と比較)

各症状の該当する項目にチェックをして下さい

未確認の症状は記入しなくてかまいません

※発熱等、緊急性のある場合は適切な対応をお願いいたします

有害事象	なし	あり (CTCAE v5.0)		
		Grade1	Grade2	Grade3
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 経口摂取の減少・顕著な体重減少	<input type="checkbox"/> 要入院
味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活に変化なし	<input type="checkbox"/> 食生活に変化あり	<input type="checkbox"/> -
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状 通常通り食べられる	<input type="checkbox"/> 食事の変更が必要	<input type="checkbox"/> 食事困難
倦怠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさがある 元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に制限がある	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に制限がある
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38~39℃	<input type="checkbox"/> 39~40℃	<input type="checkbox"/> 40℃以上
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通常より1~3回の排便回数の増加/ストマ排泄の軽度増加	<input type="checkbox"/> 通常より4~6回の排便回数の増加/ストマ排泄の中等度増加	<input type="checkbox"/> 通常より7回以上排便回数の増加/ストマ排泄の高度増加
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期or間欠的な症状、下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 下剤or浣腸の定期的使用を要する持続的症状	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状はあるが日常生活に制限なし	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に制限がある	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に制限がある
咳・息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28分程度の労作で息切れ わずかな咳	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に制限がある	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に制限がある
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

【その他の症状】

【薬剤師としての提案事項・その他】