

トレーシングレポート（がん化学療法）

担当医 先生 御机下		保険調剤薬局 名称 : 所在地 : TEL : 担当薬剤師名 :	
患者 ID : 患者名 :		FAX : 印	

副作用評価 (確認日 : 年 月 日)								
症状		Grade1		Grade2		Grade3 (詳細は下記に記入)		
下痢	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	<4回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/>	4-6回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/>	7回/日以上の排便回数増加
便秘	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	不定期または間欠的な症状、緩下薬/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/>	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状	<input type="checkbox"/>	摘便を要する頑固な便秘
嘔吐	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	摂食習慣に影響のない食欲低下 1-2回/日の嘔吐	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の低下 3-5回/日の嘔吐	<input type="checkbox"/>	カロリーや水分の経口摂取が不十分 6回以上/日の嘔吐
食欲不振	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少または栄養失調を伴う
味覚異常	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/>	食生活の変化を伴う味覚変化	<input type="checkbox"/>	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	症状がない、または軽度の症状	<input type="checkbox"/>	経口摂取に支障がない中等度の疼痛	<input type="checkbox"/>	高度の疼痛、経口摂取に支障がある
倦怠感	<input type="checkbox"/>	なし	<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動作の制限を要するだるさがある、元気がない	<input type="checkbox"/>	身の回りの日常生活動作の制限を握るだるさがある、元気がない
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	臨床所見または検査所見のみ	<input type="checkbox"/>	中等度の症状：身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/>	高度の症状：身の回りの日常生活動作の制限
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	体表面積の<10%を占め、紅斑や搔痒は伴わない	<input type="checkbox"/>	体表面積の10-30%を占め、紅斑または搔痒を伴う	<input type="checkbox"/>	体表面積の>30%を占め、搔痒を伴う
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	体表面積の<10%を占める紅色丘疹 および/または膿疱	<input type="checkbox"/>	体表面積の10-30%を占める紅色丘疹 および/または膿疱	<input type="checkbox"/>	体表面積の>30%を占める紅色丘疹 および/または膿疱
手足症候群	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化 または皮膚炎(紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/>	疼痛を伴う皮膚の変化(角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/>	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症)
爪巣炎	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	爪巣の浮腫や紅斑、角質の剥奪	<input type="checkbox"/>	局所的治療、内服治療を要する	<input type="checkbox"/>	外科的処置、抗菌薬静脈注射を要する
高血圧症	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血圧 80-89mmHg	<input type="checkbox"/>	収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血圧 90-99mmHg	<input type="checkbox"/>	収縮期血圧≥160mmHg または拡張期血圧≥100mmHg
その他の症状 (詳細)								
提案								