

# トレーニングレポート

医療機関名	さいたま市立病院	患者ID	
診療科		患者名	様
医師名	先生御侍史	薬局名	
電話番号	048-873-4111 (代表)	担当薬剤師	
FAX番号	048-874-7613 (医事課)	電話番号	
患者様より以下の内容の報告の		<input type="checkbox"/> 同意を得ました	<input type="checkbox"/> 同意を得られておりません

レジメン名	
確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り
確認日	
経口抗がん剤の服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬出来ている <input type="checkbox"/> 服薬しないことがある 理由 ( <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 服薬理解不足 <input type="checkbox"/> 服薬拒否 )

項目	該当なし	未確認	FAXで報告をお願いします		電話等で早急に報告をお願いします
			グレード1	グレード2	グレード3
吐き気 (悪心)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響のない食欲低下がある。	<input type="checkbox"/> 明らかな体重減少や脱水はないが、食事は減少している。	<input type="checkbox"/> 食量や飲水量が十分でない。入院して点滴治療等が必要である。
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する
味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食量の減少しない、軽い味覚変化がある。	<input type="checkbox"/> 不快な味や味覚が無くなる等の食事に影響する味覚変化がある。	<input type="checkbox"/> -
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。	<input type="checkbox"/> 中程度のだるさがあるが、日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強いだるさがあり、日常生活に影響がある。
口内炎 (口腔粘膜炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽く、経過を見ることが可能である。	<input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍がある。食事内容は症状に合わせて合わせる必要がある。食事はとれる。	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない。
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々下剤等を使用する。	<input type="checkbox"/> 毎日下剤等を使用する。日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 敵便する必要がある。日常生活に影響がある。
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日3回の範囲で増える。	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日4~6回増える。日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日7回以上増える。日常生活に影響がある。
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れ	<input type="checkbox"/> 極めて軽度の労作に伴う息切れ; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 安静時の息切れ; 身の回りの日常生活動作の制限
末梢神経障害 <small>(末梢性運動ニューロパチー) (末梢性感覚ニューロパチー)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い症状があるが、日常生活に影響はない。	<input type="checkbox"/> 中程度の症状があるが、日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強い症状があり、日常生活に影響がある。
咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<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
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38.0-39.0°C (100.4-102.2°F)	<input type="checkbox"/> >39.0-40.0°C (102.3-104.0°F)	<input type="checkbox"/> >40.0°C (>104.0°F) が ≤24時間持続
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項
----------------------

※枠外へは記載しないでください (FAX受信時に印字されません)