

S-1（乳がん術後補助）：トレーシングレポート

＊内分泌療法の併用：□

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から 5～7 日目・14 日目頃

報告日： 年 月 日

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 患者 ID |  | 保険薬局名 |  |
| 患者名   |  | 薬剤師   |  |

【副作用確認】 ※該当する症状に☑をしてください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

## □間質性肺炎

□発熱 □空咳 □息切れ（労作時）

## □下痢

□□内炎を伴う下痢 □水分摂取不可 □激しい腹痛を伴う下痢 □激しい倦怠感

上記の症状を確認した場合、「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」その上で FAX 対応をお願い致します。

## 【確認事項】

●悪心→ なし・あり（Grade： ）・食事摂取への影響→ なし・あり・制吐剤の使用状況→1 日\_\_\_\_回（効果 あり・なし）●□内炎→ なし・あり（Grade： ）（症状： ）・痛み→ なし・あり・経口摂取への影響→ なし・あり

・うがいの状況→1 日\_\_\_\_回

●下痢→ なし・あり（Grade： ）（1 日\_\_\_\_回・BS\_\_\_\_）・下痢止めの使用状況→1 日\_\_\_\_回（効果 あり・なし）●皮膚症状→ なし・あり（Grade： ）（皮疹・色素沈着・その他： ）・保湿剤の使用→ なし・あり（ ）・ステロイド外用剤の使用→ なし・あり（ ）●流涙→ なし・あり（Grade： ）・wash out 実施→ なし・あり・人工涙液による wash out についての理解→ 問題なし・理解不足あり

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

