

県内統一トレーニングレポート(がん)の使い方  
～がん薬物療法全般編～

愛媛大学医学部附属病院薬剤部  
済川聡美

# 利益相反の開示:なし

この発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある  
企業などはありません。

# 本日の内容

---

- ✓ トレーシングレポート【がん全般】の記載部分の説明と注意点
- ✓ 実際にトレーシングレポート【がん全般】を記載してみよう！

# 【がん(全般)】【がん(ICI)】に共通する記載部分

御中 報告日 年 月 日

**トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】**

処方医 患者ID 患者氏名 聴取日時 対象 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	科 先生 TEL 担当薬剤師 この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告	保険薬局名称 FAX アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 副作用にて休薬	※コメントは下部の詳細情報欄へ
レジメン			

Grade	CTCAE v5.0 (一部 v4.0)による評価	Grade	CTCAE v5.0による評価
<input type="checkbox"/> 悪心・ 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 症状はあるが摂食習慣に影響がない <input type="checkbox"/> 2 食事が減少 <input type="checkbox"/> 3 顕著な体重減少、栄養失調	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 生活に影響なし <input type="checkbox"/> 2 身の回り以外の日常生活動作の制限 <input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 24時間に1-2回のエピソード <input type="checkbox"/> 2 24時間に3-5回のエピソード <input type="checkbox"/> 3 24時間に6回以上のエピソード	<input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問 <input type="checkbox"/> 2 身の回り以外の日常生活動作の制限 <input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 1-3回/日の排便回数増加 <input type="checkbox"/> 2 4-6回/日の排便回数増加 <input type="checkbox"/> 3 7回/日以上排便回数増加	<input type="checkbox"/> 爪囲炎 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 治療を要さない <input type="checkbox"/> 2 身の回り以外の日常生活動作の制限 <input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 下剤・洗腸を不定期に使用 <input type="checkbox"/> 2 下剤・洗腸が定期的に必要な <input type="checkbox"/> 3 排便を要する	<input type="checkbox"/> 手足 症候群 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 疼痛を伴わない <input type="checkbox"/> 2 有痛性の皮膚の変化 <input type="checkbox"/> 3 高度の疼痛を伴う皮膚の変化
<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 治療を要さない <input type="checkbox"/> 2 中等度の疼痛、食事の変更を要する <input type="checkbox"/> 3 高度の疼痛、経口摂取に支障あり	<input type="checkbox"/> 筋肉痛・ 関節痛 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 軽度の疼痛 <input type="checkbox"/> 2 身の回り以外の日常生活動作の制限 <input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 だるさがある、元気がない <input type="checkbox"/> 2 身の回り以外の日常生活動作の制限 <input type="checkbox"/> 3 身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 中等度の労作に伴う息切れ <input type="checkbox"/> 2 軽度の労作に伴う息切れ <input type="checkbox"/> 3 安静時の息切れ
<input type="checkbox"/> 眼の異常 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( °C )	
<input type="checkbox"/> 血圧	mmHg / mmHg	<input type="checkbox"/> その他① <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

\* CTCAE v5.0 - JCOG (一部改変)

【詳細情報・指導内容・処方提案など】

【病院記載欄】

主治医コメント

薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

- ✓ 送付施設・処方医
- ✓ 患者情報
- ✓ 聴取日・聴取対象
- ✓ 薬局情報欄
- ✓ レジメン
- ✓ 同意の有無
- ✓ アドヒアランス

# 【がん(全般)】【がん(ICI)】共通部分の記入方法

送付先の病院名を記載する

IDは必ず記載する。処方せんを添付する場合も同様

① 愛媛県薬剤師会病院 御中

報告日 2023 年 12 月 24 日

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医	臨床腫瘍科 伊予 薬太郎 先生	保険薬局名称	愛媛薬局 病院前店
患者ID	99-9999-9	TEL	089-999-9999 FAX 089-988-8888
患者氏名	松山 薬人	担当薬剤師	門前 薬次郎
聴取日時	12 月 24 日 16:30 時頃	この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を	
対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告	

③ レジメン CapeOX/BV

④ アドヒアランス ※コメントは下部の詳細情報欄へ  
 良好  不良  副作用にて休薬

レジメン名称は不明であれば空欄とする  
説明書、お薬手帳シール等で確認可能なことも…

残薬情報等を聴取できた場合は  
【詳細情報欄】に内容を記載する  
抗がん剤・支持療法について記載する

# 【がん(全般)】独自の記載部分

御中 報告日 年 月 日

**トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】**

処方医	科	先生	保険薬局名称		
患者ID			TEL	FAX	
患者氏名			担当薬剤師		
聴取日時	月	日	時	頃	
対象	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告		
レジメン			アドヒアランス	※コメントは下部の詳細情報欄へ	
			<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 副作用にて休薬		

	Grade	CTCAE v5.0* (一部 v4.0) による評価		Grade	CTCAE v5.0* による評価
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input type="checkbox"/> 2	食事量が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・丘疹の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	24時間に6回以上のエピソード	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	7回/日以上排便回数増加	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・洗腸を不定期に使用	手足症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・洗腸が定期的に必要な		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	排便を要する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛、経口摂取に支障あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	安静時の息切れ
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( ) °C
血圧		mmHg / mmHg	その他①	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )

※ CTCAE v5.0・JCOG (一部改訂)

【詳細情報・指導内容・処方提案など】

【病院記載欄】

主治医コメント

薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

## ✓ 有害事象の評価

殺細胞薬・分子標的治療薬を使用した際に出現しやすい有害事象や注意が必要な有害事象を網羅したチェック欄が作成されている。

# 有害事象発現状況の記載欄 (Grade評価)

	Grade	CTCAE v5.0* (一部 v4.0) による評価		Grade	CTCAE v5.0* による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input type="checkbox"/> 2	食事量が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		顕著な体重減少、栄養失調	<input type="checkbox"/> 3
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹, 掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		24時間に6回以上のエピソード	<input type="checkbox"/> 3
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		7回/日以上排便回数増加	<input type="checkbox"/> 3
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・浣腸を不定期に使用	手足 症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・浣腸が定期的に必要な		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		排便を要する	<input type="checkbox"/> 3
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・ 関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛, 食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		高度の疼痛, 経口摂取に支障あり	<input type="checkbox"/> 3
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある, 元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3		身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 3
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( °C )	
血圧		mmHg / <sup>いつの値か</sup> mmHg	その他①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

\* CTCAE v5.0 - JCOG (一部改変)

# CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

**世界共通**で使用されることを意図して作成された**有害事象に関する評価規準**

Grade (重症度)	
1	<b>軽症</b> ； 症状がない， または軽度の症状がある； 臨床所見または検査所見のみ； 治療を要さない
2	<b>中等症</b> ； 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する； 年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限*
3	<b>重症</b> または医学的に重大であるが， ただちに生命を脅かすものではない； 入院または入院期間の延長を要する； 活動不能/動作不能； 身の回りの日常生活動作の制限**
4	生命を脅かす； 緊急処置を要する
5	AEによる死亡

\*身の回り以外の日常生活動作： 食事の準備、日用品や衣服の買い物、電話の使用、金銭の管理

\*\*身の回りの日常生活動作： 入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用、薬の内服が可能で、寝たきりではない状態

# インターネットからCTCAEについて検索可能

## Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0

TOP > 研究者・医療関係者の皆さん向け > 研究用ツール > Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0

### Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0

トレーシングレポートの手順書にURLを記載しています！

<https://jcog.jp/doctor/tool/ctcaev5/>

# CTCAEで有害事象を検索する場合の注意点



① CTCAE V5.0 PDF版ダウンロード



一部の症状については  
原文の記載と異なっている

有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版 (CTCAE v5.0 - JCOG)  
[CTCAE v5.0/MedDRA v20.1 (日本語表記: MedDRA/J v25.1) 対応 - 2022年9月1日]

CTCAE v5.0 MedDRA v20.1 Code	CTCAE v5.0 SOC 日本語	CTCAE v5.0 Term	CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5	CTCAE v5.0 AE Term Definition 日本語【定義】	検索上の注意
10054692	胃腸障害	Visceral arterial ischemia	内臓動脈虚血	-	内科的に管理でき、永続的障害を残さない短時間(<24時間)の虚血症状	持続的(≥24時間)または再発性の症状および/または侵襲的治療を要する	生命を脅かす; 重要な臓器障害がある; 緊急の外科的処置を要する	死亡	内臓(腸間膜)動脈の狭窄や閉塞による血液供給の低下	-
10047700	胃腸障害	Vomiting	嘔吐	治療を要さない	外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する	経管栄養/TPN/入院を要する	生命を脅かす	死亡	胃内容が口から逆流性に排出されること	-
10017947	胃腸障害	Gastrointestinal disorders - Other, specify	胃腸障害、その他(具体的に記載)	症状がない、または軽度の症状; 臨床所見または検査所見のみ; 治療を要さない	中等症; 最小限/局所的/非侵襲的治療を要する; 年齢相応の身の回りの日常生活動作の制限	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない; 入院または入院期間の延長を要する; 身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす; 緊急処置を要する	死亡	-	-

# CTCAEで有害事象を検索する場合の注意点

## 原文の記載と異なっている有害事象

トレーシングレポート	原文
口内炎	口腔粘膜炎
しびれ	末梢性感覚ニューロパチー
皮疹	丘疹膿胞性皮疹、ざ瘡様皮疹、斑状丘疹状皮疹
手足症候群	手掌・足底発赤知覚不全症候群
血圧	高血圧
眼の異常	流涙、霧視、ドライアイ、角膜炎、羞明、視力低下

眼障害にはさまざまな症状があるため、患者さんに症状が発現している場合には**症状を記載**

# トレーシングレポートでは一部CTCAE Ver 4.0を使用

## 【嘔吐】

嘔吐回数での評価であり薬局の先生方でも判断しやすい

### Ver.4.0

CTCAE v4.0 MedDRA v12.0 Code	CTCAE v4.0 SOC 日本語	CTCAE v4.0 Term	CTCAE v4.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
10047700	胃腸障害	Vomiting	嘔吐	24時間に1-2エピソードの嘔吐(5分以上間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする)	24時間に3-5エピソードの嘔吐(5分以上間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする)	24時間に6エピソード以上の嘔吐(5分以上間隔が開いたものをそれぞれ1エピソードとする); TPNまたは入院を要する	生命を脅かす; 緊急処置を要する	死亡

### Ver.5.0

CTCAE v5.0 MedDRA v20.1 Code	CTCAE v5.0 SOC 日本語	CTCAE v5.0 Term	CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
10047700	胃腸障害	Vomiting	嘔吐	治療を要さない	外来での静脈内輸液を要する; 内科的治療を要する	経管栄養/TPN/入院を要する	生命を脅かす	死亡

# トレーシングレポートにおける有害事象評価の留意点

## トレーシングレポートより一部抜粋

	Grade	CTCAE v5.0* (一部 v4.0) による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない
	<input type="checkbox"/> 2	食事量が減少
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調

- ✓ 本トレーシングレポートではスペースの都合上 CTCEA ver5.0を基に**文章を簡略化**
- ✓ 副作用評価の文言が類似している  
「悪心/食欲不振」や「筋肉痛/関節痛」を統合

CTCAE v5.0 MedDRA v20.1 Code	CTCAE v5.0 SOC 日本語	CTCAE v5.0 Term	CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
10028813	胃腸障害	Nausea	悪心	摂食習慣に影響のない食欲低下	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減少	カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入院を要する	-	-
10002646	代謝および栄養障害	Anorexia	食欲不振	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 経口栄養剤による補充を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う (例: カロリーや水分の経口摂取が不十分); 静脈内輸液/経管栄養/TPN を要する	生命を脅かす; 緊急処置を要する	死亡

症状の詳細は【詳細情報欄】に記載をお願いします

# Gradeを評価する上で注意が必要な有害事象項目

## 【下痢】 **ベースラインとの比較**が必要

CTCAE v5.0 MedDRA v20.1 Code	CTCAE v5.0 SOC 日本語	CTCAE v5.0 Term	CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
10012727	胃腸障害	Diarrhea	下痢	<u>ベースラインと比べて</u> ＜4回/日の排便回数 増加; ベースラインと 比べて人工肛門から の排泄量が軽度増加	ベースラインと比べて 4-6回/日の排便回数 増加; ベースラインと 比べて人工肛門から の排泄量の中等度増加; 身の回り以外の日 常生活動作の制限	ベースラインと比べて 7回以上/日の排便回 数増加; 入院を要す る; ベースラインと比 べて人工肛門からの 排泄量の高度増加; 身の回りの日常生活 動作の制限	生命を脅かす; 緊急 処置を要する	死亡

## 【便秘】 **薬剤の使用状況の聴取**が必要

CTCAE v5.0 MedDRA v20.1 Code	CTCAE v5.0 SOC 日本語	CTCAE v5.0 Term	CTCAE v5.0 Term 日本語	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
10010774	胃腸障害	Constipation	便秘	<u>不定期または間欠的</u> <u>な症状</u> ; 便軟化薬/緩 下薬/食事の工夫/浣 腸を不定期に使用	緩下薬または浣腸の <u>定期的使用</u> を要する 持続的症狀; 身の回り 以外の日常生活動作 の制限	排便を要する頑固な 便秘; 身の回りの日 常生活動作の制限	生命を脅かす; 緊急 処置を要する	死亡

# 聴取できた有害事象にチェック

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・ 食欲不振	<input type="checkbox"/>	1 症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/>	1 生活に影響なし
	<input type="checkbox"/>	2 食事が減少		<input checked="" type="checkbox"/>	2 身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input checked="" type="checkbox"/>	3 顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/>	3 身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input type="checkbox"/>	1 24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/>	1 軽度の皮疹, 掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/>	2 24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/>	2 身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input checked="" type="checkbox"/>	3 24時間に6回以上のエピソード		<input type="checkbox"/>	3 身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/>	1 1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/>	1 治療を要さない
	<input type="checkbox"/>	2 4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/>	2 身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/>	3 7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/>	3 身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/>	1 下剤・浣腸を不定期に使用	手足 症候群	<input checked="" type="checkbox"/>	1 疼痛を伴わない
	<input checked="" type="checkbox"/>	2 下剤・浣腸が定期的に必要		<input type="checkbox"/>	2 有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/>	3 排便を要する		<input type="checkbox"/>	3 高度の疼痛を伴う皮膚の変化
口内炎	<input type="checkbox"/>	1 治療を要さない	筋肉痛・ 関節痛	<input type="checkbox"/>	1 軽度の疼痛
	<input checked="" type="checkbox"/>	2 中等度の疼痛, 食事の変更を要する		<input type="checkbox"/>	2 身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/>	3 高度の疼痛, 経口摂取に支障あり		<input type="checkbox"/>	3 身の回りの日常生活動作の制限

聴取できなかった場合には**空欄で返信**  
 フォローを行ったタイミングで軽快していた場合には  
**副作用が強く発現していた時の評価にチェック!**

有害事象のチェック項目が多いけど  
どれを聞けばいいんだろう？  
電話時間が長くなると、患者さんも  
負担だよなあ・・・

**発現頻度の高い有害事象を**  
重点的に聴取！



# 薬剤の種類と特徴的な有害事象について

## 手順書より一部抜粋

### 薬剤の種類と特徴的な有害事象の例

フッ化ピリミジン系 → 好中球減少, 悪心, 食欲不振, 下痢, 口内炎, 手足症候群 (特にカペシタピン), 流涙 (特に S-1)

薬剤: S-1 (テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム), カペシタピン, フルオロウラシル, UFT (テガフル・ウラシル)

EGFR-TKI → 皮膚障害 (ざ瘡様皮疹, 掻痒, 爪囲炎など), 下痢, 間質性肺炎, 肝機能障害 (倦怠感), 口内炎 など

薬剤: ゲフィチニブ, エルロチニブ, アファチニブ, オシメルチニブ, ダコミチニブ

マルチ TKI → 手足症候群, 高血圧, 悪心, 食欲不振, 下痢, 口内炎, 疲労, 甲状腺機能障害, 出血 など

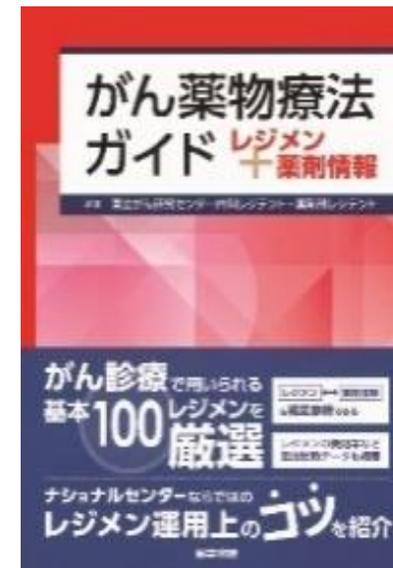
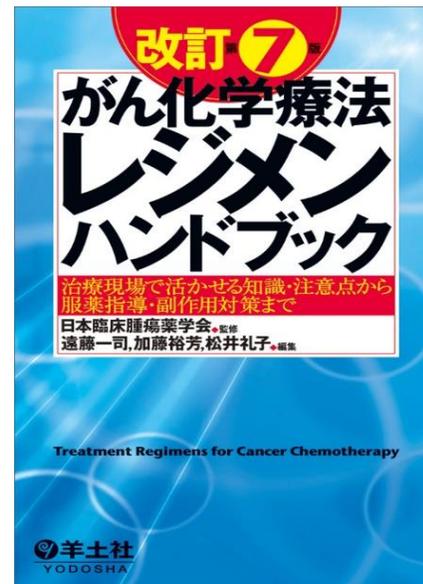
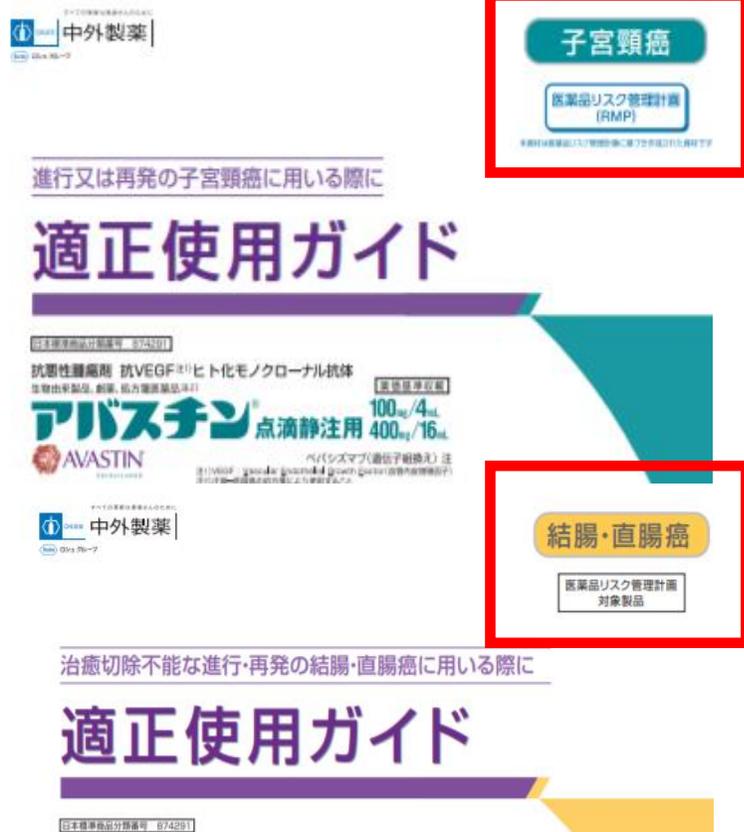
薬剤: スニチニブ, ソラフェニブ, レゴラフェニブ, アキシチニブ, レンバチニブ, カボザンチニブ

CDK4/6 阻害剤 → 好中球減少, 下痢, 悪心, 疲労, 脱毛, 間質性肺炎 など

薬剤: パルボシクリブ, アベマシクリブ

# レジメンの種類と特徴的な有害事象について

## 各種適正使用ガイド



各種適正使用ガイドや書籍を参考に  
発現率の高い副作用について把握する

# 【がん(全般)】【がん(ICI)】に共通する記載部分

御中 報告日 年 月 日

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医	科	先生	保険薬局名称
患者ID	TEL		FAX
患者氏名	担当薬剤師		
聴取日時	月	日	時 分
対象	この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を		
<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告		

レジメン

アドヒアランス ※コメントは下部の詳細情報欄へ  
 良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	食事が減少		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	24時間に6回以上のエピソード		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・洗腸を不定期に使用	手足症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	下剤・洗腸が定期的に必要な		<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/> 3	摘便を要する		<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛、経口摂取に支障あり		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 3	安静時の息切れ
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( °C )
血圧	mmHg / mmHg			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )

【 詳細情報・指導内容・処方提案など 】

【 病院記載欄 】

- 主治医コメント  
 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

※ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。  
 ※ 不明な点は、サイボウズ掲載の手順書をご確認ください。

（愛媛県病院薬剤師会・愛媛県薬剤師会）

- ✓ 必要時には詳細情報欄へ記載
- ✓ 病院側から薬局側への返信の有無については各施設の運用によって異なる
- ✓ 返信を求める場合には返信必要の旨を記載

トレーシングレポートによる報告は  
**疑義照会ではない**ため、疑義照会で  
 あれば各施設指定の方法で問い合わせる

## Grade3以上の症状が出現している場合の対応

- ✓ **速やかに**トレーシングレポートをFAX送付する
- ✓ 患者さん(家族)から**病院に直接連絡するように指導**する

**緊急性が高い**と考えられた場合は、各病院の取り決めに従って  
薬局側と病院側で患者さんの状態について情報共有する



# 本日の内容

---

- ✓ トレーシングレポート【がん全般】の記載部分の説明と注意点
- ✓ 実際にトレーシングレポート【がん全般】を記載してみよう！

# フォローアップすべき患者さんやそのタイミングについて

どのようなケースで行うのか、またどのように行うのかについては患者フォローアップを行う**薬剤師の専門性に委ねられている。**

薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き  
(第 1.2 版)

2022 年 6 月

公益社団法人日本薬剤師会

## ✓ 個々の**患者**の特性

薬識・認識力、生活機能など

## ✓ 罹患している**疾病**の特性

継続的に副作用の発現状況に注意が必要

## ✓ **使用薬剤**の特性

フォローアップする患者さんの選択基準やタイミングについては「**薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き**」を参照

# トレーシングレポートを記載してみましよう！

70代 女性 (157cm、52kg、体表面積:1.5m<sup>2</sup>)

大腸がん StageIV

CapeOX+Bev療法(カペシタビン+オキサリプラチン+ベバシズマブ)

2クール目施行しday10に電話フォロー実施

## 【処方】

- |                        |     |      |                  |
|------------------------|-----|------|------------------|
| Rp1. アプレピタントカプセル(80)   | 1CP | 1日1回 | 朝食後(化学療法2日目、3日目) |
| Rp2. デキサメタゾン錠(4)       | 1錠  | 1日1回 | 朝食後(化学療法2日目、3日目) |
| Rp3. カペシタビン(300)       | 10錠 | 1日2回 | 朝・夕食後(14日間内服)    |
| Rp4. ヘパリン類似物質ローション0.3% | 3本  | 1日2回 | 朝・夕 手・足塗布        |

体調はいかがですか？



# 電話フォロー時の患者さんの訴え

点滴して翌日から5日間ほど吐き気が続いて、食事はうどんと果物しか食べられなかった。吐いてはない。食欲は今は戻っている。5日で体重は2kgほど落ちたけど、元に戻った。

最近血圧が高くなっている。以前は120/70程度だった。毎日測っているけど、平均すると150/90ぐらい。

1日2回の保湿はしているけど、手と足の裏の皮が剥けて少し痛みがある。家事をしたり、歩いたりは何んとかできている。



# トレーシングレポートの記載方法

愛媛県薬剤師会病院 御中

報告日 2023 年 12 月 24 日

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医	臨床腫瘍科	伊予 薬太郎 先生	保険薬局名称	愛媛薬局 病院前店
患者ID	99-9999-9		TEL	089-999-9999 FAX 089-988-8888
患者氏名	松山 薬人		担当薬剤師	門前 薬次郎
聴取日時	12 月 24 日 16:30 時頃		この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を	
対象	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )		<input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告	

レジメン

**CapeOX/BV**

アドヒアランス

※コメントは下部の詳細情報欄へ

良好  不良  副作用にて休薬

### 抗がん剤・支持療法について記載

アプレピタントカプセル(80)、デキサメタゾン錠(4)、カペシタビン(300)へパリン類似物質ローション0.3%のアドヒアランスについて記載する！

# トレーシングレポートの記載方法

点滴して翌日から5日間ほど吐き気が続いて、食事はうどんと果物しか食べられなかった。吐いてはない。食欲は今は戻っている。

5日で体重は2kgほど落ちたけど、元に戻った。

最近血圧が高くなっている。以前は120/70程度だった。毎日測っているけど、平均すると150/90ぐらい。

1日2回の保湿はしているけど、手と足の裏の皮が剥けて少し痛みがある。

家事をしたり、歩いたりは何とかできている。

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	症状はあるが摂食習慣に影響がない	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	食事が減少 <b>症状が強く出ていた時</b>		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調		<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	24時間に1-2回のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
	<input type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	24時間に6回以上のエピソード		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1~3回/日の排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
	<input type="checkbox"/> 2	4~6回/日の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	7回/日以上排便回数増加		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・浣腸を不定期に使用	手足症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない
	<input type="checkbox"/> 2	下剤・浣腸が定期的に必要		<input checked="" type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
	<input type="checkbox"/> なし	排便を要する		<input type="checkbox"/> なし	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する		<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> なし	高度の疼痛、経口摂取に支障あり		<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> 2	身の回り以外の日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> なし	身の回りの日常生活動作の制限		<input type="checkbox"/> なし	安静時の息切れ
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 他 ( )	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) °C	
血圧		<b>150</b> mmHg / <b>90</b> mmHg <small>いつの値か</small> <b>毎日測定</b> の平均値	その他①	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)



いろいろな副作用が出て困っているけど  
どうしたらいいのだろう・・・  
どんな指導をしたらいいんだろう・・・？

病院薬剤師は**適正使用ガイド**や  
**化学療法に関する書籍**を参考に  
処方提案/患者指導を実施しています！



# 有害事象に対する対処方法/患者指導方法

中外製薬 | 結腸・直腸癌

医療リスク管理計画  
対象製品

治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる際に

## 適正使用ガイド

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF<sup>®</sup>ヒト化モノクローナル抗体  
生体由来動物、創薬、処方薬医薬品②

**アバステン** 点滴静注用 100mg/4mL  
400mg/16mL

AVASTIN

本ガイドでは、アバステンを適正に使用していただくため、投与対象患者の選択、投与方法、治療前から治療終了後までの注意すべき事項や、発現する可能性のある副作用とその対策について解説しています。  
熟読の上、アバステンの使用ガイドとしてください。

アバステンに特徴的な副作用としては、以下の項が警告に記載されています。

- 消化管穿孔
- 創傷治癒遅延
- 腫瘍関連出血
- 肺出血（咯血）
- 血栓塞栓症
- 高血圧性脳症・高血圧性クレーゼ
- 可逆性後白質脳症症候群

これらのうち消化管穿孔、腫瘍関連出血、肺出血（咯血）、血栓塞栓症、高血圧性脳症・高血圧性クレーゼにより死亡に至った例も報告されています。

本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施してください。適応患者の選択にあたっては、本剤及び各併用薬剤の電子化された添付文書を参照して十分注意してください。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与してください。

## 手足症候群アトラス

ゼロダ投与のマネジメント〈第4改訂版〉  
Hand-Foot Syndrome Atlas

田口 哲也 先生  
（京都府立医科大学 内分科、乳癌外科）  
監修  
山口 茂樹 先生  
（東北大学医科大学 内科腫瘍学、分子化学科）

日本標準品区分番号 874223

抗悪性腫瘍剤  
創薬、処方薬医薬品②

**ゼロダ** 錠300

Xeloda カベシタビン錠  
注1 注薬一長時等の処方による使用すること

1. 警告  
1.1 本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤が適切と判断される症例についてのみ実施すること。適応患者の選択にあたっては、本剤及び各併用薬剤の添付文書を参照して十分注意すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。  
1.2 デガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤との併用により、重篤な血液障害等の副作用が発現するおそれがあるので、併用を行わないこと。〔2.2.8.1、10.1 参照〕  
1.3 本剤とフルファンカリウムとの併用により、血液凝固能検査異常、出血が発現し死亡に至った例も報告されている。これらの副作用は、本剤とフルファンカリウムの併用開始後数日から本剤投与中止後1ヶ月以内の期間に発現しているため、併用する場合には血液凝固能検査を定期的に行い、必要に応じて適切な処置を行うこと。〔10.2、16.7 参照〕

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）  
2.1 本剤の成分又はフルオロウラシルに対し過敏症の既往歴のある患者  
2.2 デガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤投与中の患者及び投与中止後7日以内の患者〔1.2.8.1、10.1 参照〕  
2.3 重篤な腎障害のある患者〔9.2.1、16.6.1 参照〕  
2.4 妊娠又は妊娠している可能性のある女性〔9.5 参照〕

対応の流れと治療のポイントがわかる

# フローチャート 抗がん薬 副作用

監修  
中西 洋一 地方独立行政法人 北九州市立病院腫瘍科 理事長/九州大学 名誉教授

編集  
渡邊 裕之 九州大学病院薬剤部 副薬剤師長  
辻 敏和 九州大学病院薬剤部 副薬剤師長  
濱田 正美 九州大学病院看護部 看護部長  
岩谷 友子 九州大学病院看護部 副看護部長

じほう

# 高血圧に対する対処方法について

中外製薬 | 結腸・直腸癌

医療品リスク管理計画  
対象製品

治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる際に

## 適正使用ガイド

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF<sup>TM</sup>ヒト化モノクローナル抗体  
100mg/4mL 点滴静注用 400mg/16mL

AVASTIN

本ガイドでは、アバスタチンを適正に使用していただくため、投与対象患者の選択、投与方法、治療前から治療終了後までの注意すべき事項や、発現する可能性のある副作用とその対策について解説しています。熟読の上、アバスタチンの使用ガイドとしてください。

アバスタチンに特徴的な副作用としては、以下の項が警告に記載されています。

- 消化管穿孔
- 創傷治療遅延
- 腫瘍関連出血
- 肺出血（咳血）
- 血栓塞栓症
- 高血圧性脳症・高血圧性クレーゼ
- 可逆性後白質脳症症候群

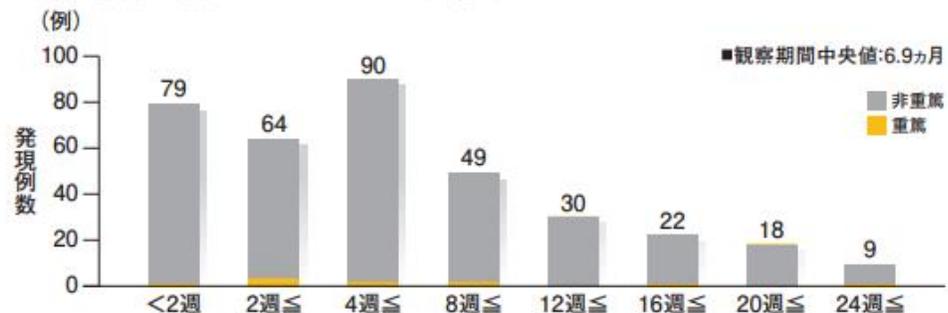
これらのうち消化管穿孔、腫瘍関連出血、肺出血（咳血）、血栓塞栓症、高血圧性脳症・高血圧性クレーゼにより死亡に至った例も報告されています。

本剤を含むがん化学療法は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本療法が適切と判断される症例についてのみ実施してください。適応患者の選択にあたっては、本剤及び各併用薬剤の電子化された添付文書を参照して十分注意してください。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与してください。

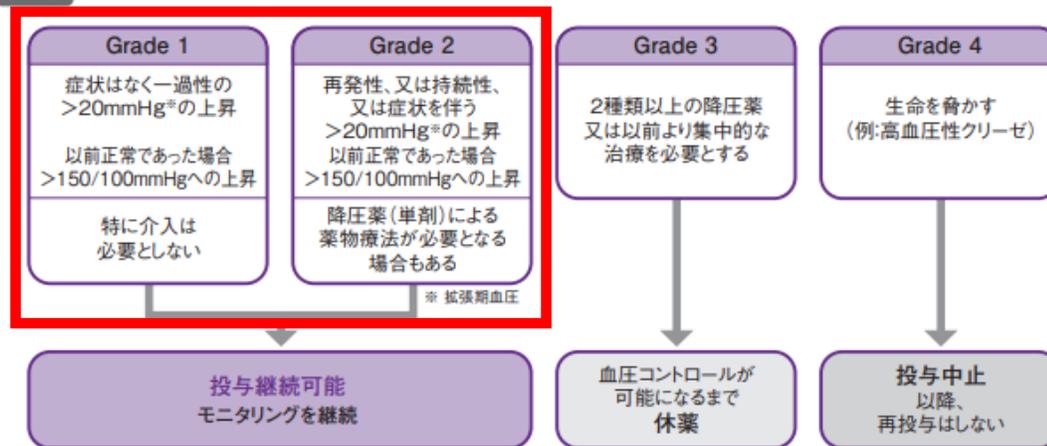
## ●発現時期

高血圧の発現時期と投与期間等との関連については明確な傾向が得られていません。国内特定使用成績調査においても、投与初期から発現が認められましたが、その後の期間においても発現がみられました。

### ◆国内特定使用成績調査における初回発現時期<sup>1)</sup>



### 参考 国内臨床試験における高血圧発現時の休薬・中止規定



\*有害事象のGradeはCTCAE ver.3.0に準拠

# 手足症候群に対する対処方法について

## 主な副作用とその対策

### ●異常が認められた場合の対応

- 手足症候群が認められた場合は、「休業・減量・再開について」(P18～19、32～33参照)、「休業・減量・再開の例」(P20～25、34～37参照)を参考に、適切な処置を行ってください。特にグレード2以上の場合は、ゼロダを休業してください<sup>16)</sup>。グレード3に至った症例においては、症状の消失・軽快までに、より長時間を必要とすることから、注意深い経過観察と症状悪化の前に休業等の適切な処置が必要です。手足症候群のグレードは以下の基準を参考にしてください。

### ■手足症候群の判定基準<sup>17,18)</sup>

グレード	臨床領域	機能領域	(参考)判定基準にない具体的症状例
1	しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ・チクチク感、無痛性腫脹、無痛性紅斑、色素沈着、爪の変形	日常生活に制限を受けることのない症状	(対処の必要のないもの) 皮膚・爪の色素沈着、爪の変形 (対処の必要なもの) 皮膚の硬化感
2	腫脹を伴う有痛性皮膚紅斑、爪甲の高度な変形・脱落	日常生活に制限を受ける症状	爪症状(脱落等、痛みを伴うもの)
3	湿性剝皮・落屑、水泡、潰瘍、強い痛み	日常生活を遂行できない症状	爪症状(機能障害あり)

該当する症状のグレードが同基準(臨床領域、機能領域)で一致しない場合は、より適切と判断できるグレードを採用する。この基準は手足症候群判定のみに採用され、他の皮膚症状、他部位の皮膚の評価には用いない。

グレード1



皮膚の紅斑と知覚過敏はあるが、無痛性

グレード2



腫脹を伴った紅斑で疼痛を伴うが日常生活に問題なし

グレード2



腫脹を伴った紅斑で疼痛を伴うが歩行に問題なし

グレード3



亀裂、潰瘍等による強い痛みで歩行困難となる

# 詳細は【詳細情報・指導内容・処方提案】に記載する

御中 報告日 年 月 日

トレーシングレポート(服薬情報提供書)【がん(全般)】

処方医	科	先生	保険薬局名称
患者ID	TEL		FAX
患者氏名	担当薬剤師		
聴取日時	月	日	時頃
対象	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と思われるため報告

レジメン \_\_\_\_\_ アドヒアランス ※コメントは下部の詳細情報欄へ  
 良好  不良  副作用にて休薬

	Grade	CTCAE v5.0*(一部 v4.0)による評価		Grade	CTCAE v5.0*による評価
悪心・食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/> 2	食事が減少	しびれ	<input type="checkbox"/> 1	生活に影響なし
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	顕著な体重減少、栄養失調	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	身の回りの日常生活動作の制限
嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> 2	24時間に3-5回のエピソード	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	24時間に6回以上のエピソード	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	軽度の皮疹、掻痒・圧痛の有無不問
下痢	<input type="checkbox"/> 1	1-3回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	4-6回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	7回/日以上排便回数増加	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない
便秘	<input type="checkbox"/> 1	下剤・洗腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	下剤・洗腸が定期的に必要な	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	排便を要する	手足症候群	<input checked="" type="checkbox"/> 2	疼痛を伴わない
口内炎	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	有痛性の皮膚の変化
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛を伴う皮膚の変化
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	高度の疼痛、経口摂取に支障あり	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	だるさがある、元気がない	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 2	身の回りの日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 3	身の回りの日常生活動作の制限	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1	中等度の労作に伴う息切れ
眼の異常	<input type="checkbox"/> なし	流涙 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	軽度の労作に伴う息切れ
血圧	150 mmHg / 90 mmHg	毎日測定	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	安静時の息切れ
		平均値	その他①	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )

\* CTCAE v5.0 - JCOG(一部改変)

【詳細情報・指導内容・処方提案など】

【病院記載欄】  
 主治医コメント  
 薬剤師コメント

記入日 月 日 記入者

食欲不振・悪心(G2)は点滴翌日から5日目まで持続。おかゆ、果物のみ摂取可能であったとのこと。体重は2kg減ったが現在は元に戻っている。

血圧上昇(G2): 毎日測定しており、平均150/90程度とのこと。1日2回血圧を測定し、血圧手帳を病院に持参するように指導。

手足症候群(G2): 疼痛あり。1日2回の保湿はできている。カペシタビンの休薬とステロイド外用剤の追加についてご検討ください。

## まとめ

- ✓ 有害事象の評価を行う際には**CTCAE**を用いる。  
本トレーシングレポートではスペースの都合上、文章を簡略化している点、Ver5.0を基本としているが、一部Ver4.0を用いている点に注意
- ✓ 起こりやすい有害事象や発現時期を把握する際には**各種適正使用ガイドやレジメンに関する書籍等**を参考にする。
- ✓ フォローアップする患者の選択やフォロータイミングについては「**薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き**」を参考にする。

病院-薬局間の薬薬連携を強化し  
患者さんの治療継続に貢献していきましょう！