



2026年2月 作成

報告日: 年 月 日

【CDK4/6 阻害薬】 トレーシングレポート

担当医 科 先生	保険薬局名:
患者 ID:	電話番号:
患者名: 様	FAX 番号:
生年月日:	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者もしくは代諾者の同意を <input type="checkbox"/> 得ています。(代諾者続柄:) <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【薬剤】	<input type="checkbox"/> イブランス(パルボシクリブ) <input type="checkbox"/> ベージニオ(アベマシクリブ)
	服用開始 <input type="checkbox"/> 1 週目 <input type="checkbox"/> 2 週目 <input type="checkbox"/> 3 週目 <input type="checkbox"/> () 週目
【フォローアップ】	<input type="checkbox"/> 実施(実施日) 聞き取り方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 実施不可()
【アドヒアランス】	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他()

【副作用モニタリング(CTCAE v6.0)】※色がついている部分に該当した場合は診療科への連絡を患者さんへ促してください。

連絡を促した 薬剤師が代理で連絡(連絡先:) →いずれの場合もトレーシングレポートを送付願います

Grade	0	1	2	3
発熱 症状発現日(月 日)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 38-39℃	<input type="checkbox"/> 39-40℃	<input type="checkbox"/> 40℃以上
咳嗽 症状発現日(月 日)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に制限	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に制限
呼吸困難 症状発現日(月 日)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 中等度労作時の息切れ	<input type="checkbox"/> 極めて軽度の労作に伴う息切れ	<input type="checkbox"/> 安静時の息切れ
下痢回数 (ベースラインと比較)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> +1~3回/日	<input type="checkbox"/> +4~6回/日	<input type="checkbox"/> +7回以上/日
止瀉薬使用回数	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1~3個/日	<input type="checkbox"/> 4~6個/日	<input type="checkbox"/> 8個以上/日
食欲不振・悪心 症状発現日(月 日)	<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、脱水または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、脱水または栄養失調を伴う摂食量の変化
口腔粘膜炎 症状発現日(月 日)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状	<input type="checkbox"/> 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がある
その他の症状 症状発現日(月 日)				

【薬剤師としての提案事項・その他報告事項(残薬情報を含む)】 提案事項あり

上記次回事項について長崎労災病院からの返信希望 : 有 無

* 有 の場合の希望される連絡方法 : 電話 FAX