

## 【AC】テレフォントラッキングシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (排便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (発現時期: ) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (心理的影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	: <input type="checkbox"/> 緊急性あり
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (症状:		

**Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)**  
 ※テレフォントラッキングシートをトレーシングレポートに添付してください。  
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。