

がん薬物療法情報提供書(殺細胞性抗がん薬用)

担当医 科 先生	保険薬局 名称: 所在地: Tell、FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 患者名:	
確認日:	確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ()

●副作用の評価(治療開始前と比較): の症状は重大な副作用の可能性が考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いいたします。各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未記入として下さい。

体重の変化→ なし あり【前回: kg(測定日) → 今回: kg(測定日)】

発熱(腋窩37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
間質性肺炎(空咳・呼吸苦・軽動作での息切れ等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

該当なし	Grade 1	Grade 2	Grade 3
<input type="checkbox"/> 悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外来での静脈内栄養を要する; 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態
<input type="checkbox"/> 食欲不振(食欲低下)	<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	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴う; 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎症(口内炎)	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状; 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状; 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣腸の定期的な使用を要する持続的状況; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群) 部位: <input type="checkbox"/> 手 ・ <input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎(例: 紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例: 角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症); 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 末梢性感覚ニューロパチー 部位: <input type="checkbox"/> 手 ・ <input type="checkbox"/> 足 症状: <input type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性	<input type="checkbox"/> 症状がない	<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 (症状:)	<input type="checkbox"/> 高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限 (症状:)
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -

©TCAE v5.0-JCOG[CTCAE v5.0/MedDRA v20.1(日本語表記:MedDRA/J v22.1)対応]を一部変更)

●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む)

経口抗がん薬または支持療法の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬剤名:	残薬: <input type="text"/>
服薬状況: <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 継続服用できていない <input type="checkbox"/> その他 ()		
継続服用できていない理由: <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他 ()		

●その他特記事項(処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)

--