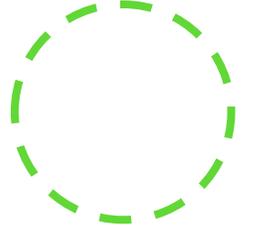


Oici 薬薬連携セミナー ～これだけは押さえておこう～
第2回：代表的な内服抗がん剤の服薬指導の概要について
(カペシタビンおよび肺がんの分子標的薬を中心に)

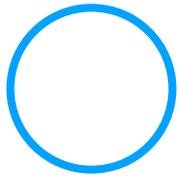
2020/9/15

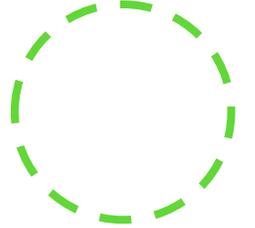
当センターにおける薬薬連携の取り組みと、 カペシタビンの服薬指導概要について

大阪国際がんセンター
立川 奈保美

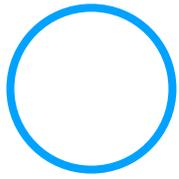


本日のお話

1. 当センターにおける薬薬連携の取り組みについて
 2. カペシタビンの服薬指導概要について
- 
- 



1. 当センターにおける薬薬連携の取り組みについて

- トレーシングレポート
 - 服薬情報提供書（入院）
 - お薬手帳シール
 - 問診票
 - がん薬薬連携窓口
- 
- 



トレーシングレポートについて

- 当センターでは、病院ホームページに服薬情報提供書（トレーシングレポート）をご用意しています。
- トレーシングレポートは、通常の「疑義照会」とは異なり、保険薬局にて緊急性は低いものの「処方医師への提供が望ましい」と判断された内容について、FAXにて服薬情報提供書の送信をお願いしています。
- 病院薬剤師は、トレーシングレポートの内容を、医師・看護師・薬剤師へ情報伝達を行ない、情報の共有化を行っています。

<<送信先>> 大阪国際がんセンター 薬局 DI室 (Fax 06-6945-1199)	
報告日: 年 月 日	
服薬情報提供書（トレーシングレポート）兼 情報提供依頼書	
担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
	担当薬剤師名:
印	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	
大阪国際がんセンターの処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。 下記について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。	
情報提供	提案 (左記に対する保険薬局からの提案等)
<input type="checkbox"/> 服薬情報、所見 <small>(検査値に基づき、次回以降の受診時に配慮してほしい内容などを含む)</small>	
<input type="checkbox"/> 処方調整 <small>(処方調整があった場合、その内容と処方変更の理由)</small>	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 情報提供依頼 (がん化学療法レジメン内容の情報提供依頼等)	
返信欄	
<input type="checkbox"/> 報告内容を受信し、処方医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> その他	
<small><注意> FAXによる情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません。 疑義照会は通常通り電話にて照会ください。 電話：06-6945-1181 (代表) 平日9:00~17:30</small>	



服薬情報提供書(入院)について

- 当センターで入院予定の患者が、入院前に服薬情報提供書と現在使用しているお薬をかかりつけ薬局へ持参します。
- 保険薬局薬剤師は、服用薬の確認を行い、当センターにFAX送信していただき、入院時の持参薬鑑別時に活用させていただいています。

≪送信先≫ 大阪国際がんセンター 別紙 2-2
 薬局D I 室 FAX06-6945-1199
 記入日： 年 月 日

服薬情報提供書 (入院)		大阪国際がんセンター 御中	
患者ID		保険薬局 名称・所在地	
患者名		電話番号	
入院予定日	年 月 日・不明	FAX番号	
服用薬 (頓服薬・一般用医薬品・健康食品等を含む)		薬剤師名	
医療機関 (診療科・処方医)	処方日/調剤日	医薬品名	用法・用量 備考
特記事項 (※すべての項目を記載する必要はありません。)			
副作用歴・アレルギー歴	食物 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬剤 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	該当食物： 該当薬剤： 該当物質：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし
服薬状況			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 訪問St (NS <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬効	<input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 概ね理解できている <input type="checkbox"/> 理解していない		
内服方法	<input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 概ね理解できている <input type="checkbox"/> 理解していない		
薬剤の開封	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり		
調剤方法	<input type="checkbox"/> ヒート <input type="checkbox"/> 1包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉砕		
服用方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 ()		
特定薬剤の服用状況 ※以下の薬剤について、服用の有無と休薬中または休薬予定の確認をお願いします。			
抗凝固薬・抗血小板薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 (月 日から) [手術/検査のため・その他]	薬剤名：	<input type="checkbox"/> なし
ビグアナイド系糖尿病治療薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 (月 日から) [手術/検査のため・その他]	薬剤名：	<input type="checkbox"/> なし
ホルモン薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 (月 日から) [手術/検査のため・その他]	薬剤名：	<input type="checkbox"/> なし
抗がん剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 (月 日から) [その他 ()]	薬剤名：	<input type="checkbox"/> なし
医療用麻薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 (月 日から) [その他 ()]	薬剤名：	<input type="checkbox"/> なし
その他特記事項 <input type="checkbox"/> 薬剤師からの提案事項 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> 検査値に対する報告・提案 <input type="checkbox"/> 患者への服薬指導上で注意すべき事項 <input type="checkbox"/> その他			

厚生労働省 医薬情報提供書に係る情報提供書 及び 日本薬剤師会 薬剤師が使用するための施設別情報提供書の様式之一 大阪国際がんセンター 2020年5月作成

OTC I 記載欄	FAX受信日	入院予定日	入院病棟	スキャン		
--------------	--------	-------	------	------	--	--

がん化学療法レジメンについて

大阪国際がんセンターの処方箋を応需される保険薬局の先生へ

- 大阪国際がんセンターでは、2020年2月より、外来において化学療法を実施した患者さんに、当日行った点滴内容を記載した「お薬手帳シール」をお渡ししています。
- 「お薬手帳シール」にはレジメン名を記載していますので、当センターのホームページに掲載されているレジメン情報を参照していただき、服薬指導及び副作用マネジメントにお役立てください。



お薬手帳シール



- 2020年2月～

外来注射抗がん薬、内服抗がん薬のお薬手帳シール交付

①レジメン名、②投与日、③抗悪性腫瘍薬等の投与量記載

- 2020年4月～

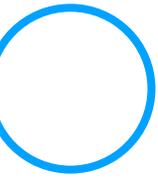
昨今の電子お薬手帳（eお薬手帳）の普及に応需し、
内服・外用薬のQRコードシールの交付

- 2020年6月～

外来注射抗がん薬のQRコードシールの交付

- 2020年12月～

血液検査値シールの交付（院外処方箋と同じ項目）



お薬手帳シール

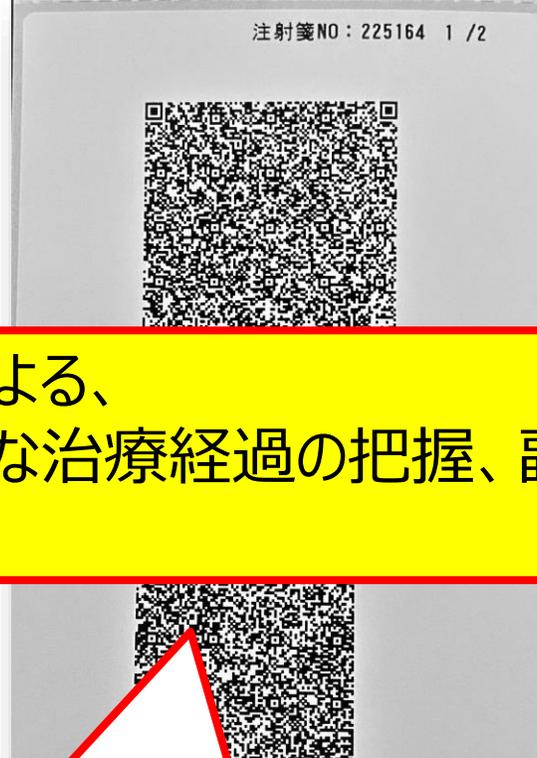
あなたが現在受けておられる治療(点滴、注射)の内容です。
ID: 99-9977-777-7 注射箋NO: 225164 1 / 2
テスト 患者 17 様
診療科: 共通科 処方医: ダミー 医師
投与日: 2021年01月22日
アテゾリズマブ+CBDOCA+Nab PTX (APR)

Rp01 《後》 アブ`レ`タント`セ`ル125mg (1C
Rp02 生理食塩液 50mL/瓶	1瓶
Rp03 生理食塩液 50mL/瓶	1瓶
Rp04 生理食塩液 250mL/袋 【フィル必】 テントリク点滴静注用1	1袋 1200 mg
Rp05 生理食塩液 50mL/瓶	1瓶
Rp06 《後》 《後》	
Rp07 生理食	

ID: 99-9977
【フィル必】

Rp08 生理食	
Rp09 生理食	
《後》 カル`ア`ラ`ン`注`NKJ450mg	450 mg
《後》 カル`ア`ラ`ン`注`NKJ150mg	300 mg
Rp10 生理食塩液 50mL/瓶	1瓶

大阪国際がんセンター TEL:06(6945)1181



ID: 99-9977-777-7 テスト 患者 17 様

【項目(単位)】	【検査値(参考値)】	【検査日】
白血球数(×1000/μL)	6.73↑ (3.5-9.9)	2021/01/07
好中球数(×1000/μL)	4.10↑ (1.8-7.5)	2021/01/07
血小板数(×1000/μL)	260↓ (120-380)	2021/01/07
ヘモグロビン(g/dL)	14.8↑ (13-16)	2021/01/07
AST(U/L)	20↑ (13-30)	2020/11/27
ALT(U/L)	22↑ (10-42)	2020/11/27
Scr(mg/dL)	0.55↓ (0.65-1.07)	2020/11/27
eGFR(ml/min/1.73m ²)	104↑ (-)	2020/11/27

結果がありません)
センター 薬局
ください。

地域の保険薬局薬剤師による、
適正な投薬管理、経時的な治療経過の把握、副作用マネジメントを可能にする

- ①レジメン名
- ②実施日
- ③抗悪性腫瘍薬等の投与量

※eお薬手帳に対応
「QRコードシール」

※血液検査値シール

大阪国際がんセンターがん化学療法をご覧いただく前に

- 大阪国際がんセンター「化学療法プロトコール審査部会」で審査され承認されたがん化学療法レジメンを公開しています（随時更新）
- このレジメン情報の公開は、保険薬局薬剤師などの医療機関に対し行っており、大阪国際がんセンターで治療を受けられる患者さんの適正な投与および副作用管理を行うために提供されるものであり、その他の目的での用途は想定しておりません。
- 実際の治療において、投与量、投与スケジュール等は、患者さんの状態によって変更されます。

がん種

▶ 頭頸部

▶ 肺

▶ 乳腺

▶ 食道

▶ 胃

▶ 肝・胆・膵

▶ 大腸・小腸・肛門管

▶ 子宮

▶ 卵巣

薬剤管理指導 >

医薬品情報提供 >

治験 >

がん指導薬剤師・がん専門薬剤師 >

がん研修施設 >

実習施設 >

研究 >

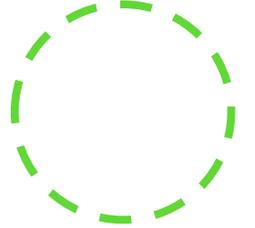
保険薬局、かかりつけ薬局の検索 >

保険薬局へのお知らせ >

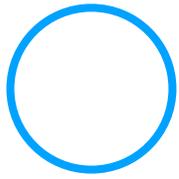
交通アクセス

センターサイトへ





がん薬薬連携窓口について

- 当センターでは、患者さんに、安全かつ質の高いがん化学療法を提供するため、保険薬局との連携を強化し、2020年4月より、がん化学療法に特化したトレーシングレポートの受付等を行う「がん薬薬連携窓口」を設置しました。
 - 副作用Grade 2以上の症状（緊急性がなく次回の診察への情報提供）
※緊急性のある場合は医師へ直接連絡（医師に連絡した場合もFAXをお願いします）、または患者さんより医師に連絡をお願いしています。
 - 不明なレジメンや副作用の対応等のがん化学療法の疑問にお答えしています。
- 
- 

がん薬薬連携窓口について

がん化学療法における情報提供について

大阪国際がんセンターでは、がん化学療法に特化したトレーシングレポートや副作用確認シートを作成しています。患者さんの副作用マネジメントにご活用ください。（随時更新）

がん化学療法トレーシングレポート

▶ がん化学療法（全般）

▶ ベージニオ®

▶ S-1

▶ irAE

その他

▶ ベージニオ®パンフレット

▶ ベージニオ®薬薬連携シート

トレーシングレポート
S-1（エスワン）

大阪国際がんセンター
 D1室 がん薬薬連携窓口
 FAX 06-6945-1290
 報告日 _____年__月__日

（注意）この用紙は疑義照会ではありません。医師への疑義照会、緊急時は電話で行ってください。

患者ID		保険薬局名	
患者名	様	保険薬局TEL	
診療科・医師名	科 先生	保険薬局FAX	
処方箋発行日	年 月 日	薬剤師名	

※患者よりFAX送信の同意を 得た 得ていない（以下、該当項目に☑）

有害事象があればチェックして下さい（聞き取り _____年__月__日 時点）

有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)	有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)
悪心	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣に影響のない食欲低下	嘔吐	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない程度の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 2	体重減少や栄養失調、脱水を伴わない食量量の減少		<input type="checkbox"/> 2	静脈内輸液や内科的治療を要する中等度の嘔吐
	<input type="checkbox"/> 3	カロリーや水分の経口摂取が不十分な状態		<input type="checkbox"/> 3	経管栄養やTPN、入院を要する重度の嘔吐
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	軽度のだるさ	口内炎	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 2	家事、買物などの労作的なADLを制限するだるさ		<input type="checkbox"/> 2	食事内容の変更を要する中等度の疼痛
	<input type="checkbox"/> 3	食事、入浴などの基本的なADLを制限するだるさ		<input type="checkbox"/> 3	経口摂取に支障のある重度の疼痛
下痢	<input type="checkbox"/> 1	普段と比べて1日に1～3回までの排便回数増加	皮疹	<input type="checkbox"/> 1	治療を要さない程度の症状
	<input type="checkbox"/> 2	普段と比べて1日に4～6回までの排便回数増加		<input type="checkbox"/> 2	非侵襲的治療を要する中等度の症状
	<input type="checkbox"/> 3	普段と比べて1日に7回以上の排便回数増加		<input type="checkbox"/> 3	入院などを要する重度の症状
色素沈着	<input type="checkbox"/> 1	体表面積の10%以下/心理的影響のない色素沈着	眼障害	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛、涙液、目眩
	<input type="checkbox"/> 2	体表面積の10%以上/心理的影響のある色素沈着		<input type="checkbox"/> 2	中等度の疼痛、涙液、眼瞼/中等度の視力低下
	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 3	重度の疼痛、涙液、眼瞼/重度の視力低下

※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーシングレポートをFAX送信
Grade3以上の場合 病院へ電話連絡 受診勧奨 → どちらかを実施の上FAX送信

（※）有害事象共通用語集 v5.0日本語訳JCOG版J一部改定

特記事項（薬局→病院） 減量または休薬を提案します 服用状況報告 その他

特記事項（病院→薬局） 内容を確認しました 医師に報告しました その他

大阪国際がんセンター 薬局
 2020.5 作成

▶ S-1

▶ irAE

その他

▶ ベージニオ®パンフレット

▶ ベージニオ®薬薬連携シート

▶ ベージニオ®副作用確認シート

▶ S-1服薬指導概要

▶ カペシタビン服薬指導概要

▶ S-1テレフォンフォローアップシート

▶ 腎機能障害時の投与量一覧

▶ irAE副作用確認シート

研究



保険薬局、かかりつけ薬局の検索



保険薬局へのお知らせ



がん化学療法レジメン



がん薬薬連携窓口



研修会情報

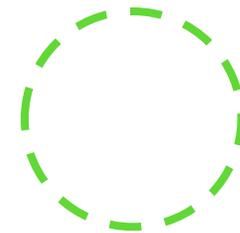


交通アクセス

センターサイトへ



2. 当センターにおけるカペシタビンの服薬指導概要について



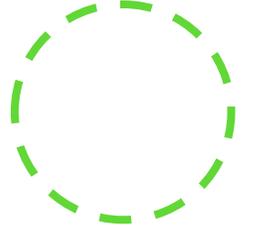
① 用法用量について

- 朝夕食後30分以内に服用するよう指導

臨床試験では、朝夕食後30分以内と規定されていたため。空腹時でも薬物動態的には問題なく、特に有効性への影響はない。（安全性は不明）

- 飲み忘れはできるだけしないように。服用間隔は10時間以上あける必要があり、それより短くなる場合は服用しないこと、2回分をまとめて服用しないことを指導する。
- 休薬期間も説明





② 副作用について

下記の副作用の初期症状と対処法について指導します。

また、下記の副作用以外にも、いつもと調子が異なると感じられた場合は、当センター（代表：06-6945-1181）へ連絡する旨を指導する。

（夜間祝日であっても当直医が対応します）

- 手足症候群（HFS）

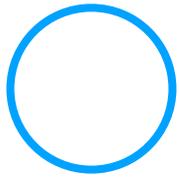
- 骨髄抑制

- 悪心

- 口内炎

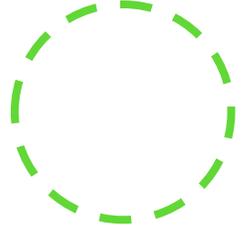
- 下痢

- 間質性肺炎





手足症候群（HFS）



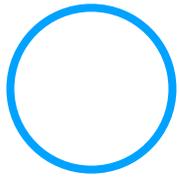
【特徴】

発症早期には、しびれ、チクチクまたはピリピリするような感覚の異常が認められます。この時期には手足の皮膚に視覚的な変化を伴わない可能性があります。最初にみられる皮膚の変化は比較的びまん性の発赤（紅斑）です。少し進行すると皮膚表面に光沢が生じ、指紋が消失する傾向がみられるようになると次第に疼痛を訴えるようになる。

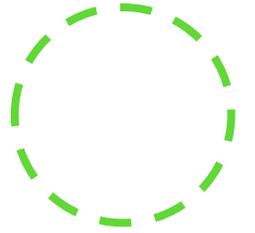
発症頻度は、約51～78パーセント



保湿は重要（1日2回以上塗布）



手足症候群 (HFS)



■手足症候群の判定基準

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	湿性痂皮・落屑、水疱、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)



皮膚の紅斑と知覚過敏はあるが、無痛性



腫脹を伴った紅斑で疼痛を伴うが日常生活に問題なし



腫脹を伴った紅斑で疼痛を伴うが歩行に問題なし

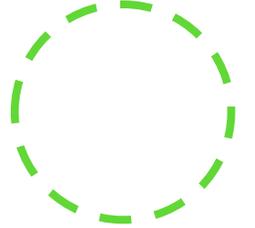


亀裂、潰瘍等による強い痛みで歩行困難となる

該当する症状のグレードが両基準(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。



手足症候群（HFS）



【症状の程度と治療】

Grade1：手のひらや足の裏などにピリピリした違和感、痛みのない赤みや腫れなどの症状が出現（痛み無し）

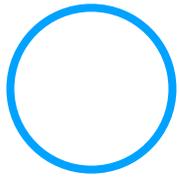
➡保湿ケアをよりしっかりと

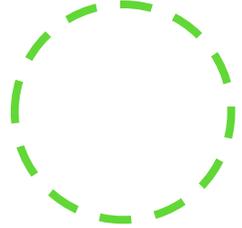
Grade2：腫れが顕著になり乾燥や炎症が進んで皮がむけたり、皮膚内部からはっきりとした痛みを伴うようになる。Grade2が生じた場合は、直ちにカペシタビンの服用を中止し、当センターに連絡するよう指導する。

➡保湿ケアに加え、strongest または、very strongレベルのステロイド外用剤を開始する

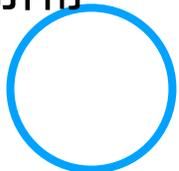
Grade3：水ぶくれや亀裂、強い痛みが現れ、物がつかめない、歩けないなど日常生活が困難になる。Grade3が生じた場合は、直ちにカペシタビンの服用を中止し、当センターに連絡するよう指導する。

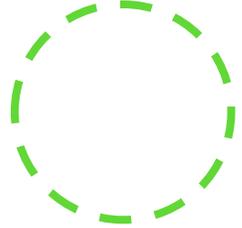
➡カペシタビンの治療を休薬・中止





下痢

- 服用開始2週間ごろに生じる場合がある。
 - 下痢が普段の排便回数より1日4回以上増加した場合や血便、強い腹痛を伴う場合は、すぐ当センターへ連絡するよう指導する。
 - 下痢が生じ始めた場合は、刺激物の摂取は控え、脱水予防のための水分を多めに摂取するよう指導する。
 - 治療薬
収斂薬（タンニン酸アルブミン、次硝酸ビスマス）、吸着薬（天然ケイ酸アルミニウム）、ロペラミドなどの止瀉薬を投与する。
 - ロペラミドカプセルの投与量……下痢が止まるまで2～4時間毎に1～2mgタンニン酸アルブミンあるいは天然ケイ酸アルミニウムと、ロペラミドを併用する場合は、服用間隔を2～3時間程度空けるようにする（同時服用するとロペラミドの効果が減弱する）。
- 



骨髄抑制

感染対策（手洗い・うがい・マスク着用）を促す。
37.5℃以上の発熱があれば当センターに連絡するよう指導する。

悪心

頓用の制吐剤があれば、服用するよう指導する。
悪心が生じた場合は、栄養のことは考えず、食べられるものを選択し、1日5、6回に分けて少量ずつ食事を摂取する。

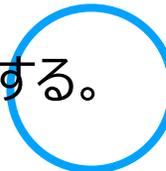
口内炎

服用開始1週間後ごろ生じる場合がある。
予防が可能な副作用であり、毛先の柔らかい歯ブラシで力を入れず1日3回歯磨きを行う。
AZ含嗽用配合顆粒などの含嗽薬があれば1日5回程、なければ水道水で頻回にうがいを行うことが有効
（ポビドンヨードは使用不可）



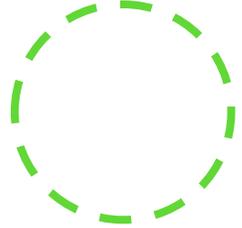
間質性肺炎

発症時期は不明。
頻度は少ないが、初期症状（空咳、息切れ等）が生じた場合は、すぐ当センターに連絡するよう指導する。





カペシタビンが併用される化学療法レジメン

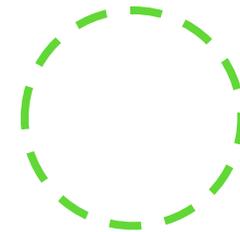


カペシタビンが併用されている化学療法レジメンについては、カペシタビンだけでなく、併用されている薬剤の副作用モニタリングも必要です。

下記は、現在当センターで使用しているカペシタビン併用の化学療法レジメンです。

大腸がんレジメン	レジメン内容
大腸XELOX	L-OHP130mg/m ² day1,カペシタビン2000mg/m ² /day day1-14 3w毎
大腸アバスチン+XELOX	Bev7.5g/kg day1,L-OHP130mg/m ² day1,カペシタビン2000mg/m ² /day day1-14 3w毎
大腸アバスチン+カペシタビン	Bev7.5g/kg,カペシタビン2000mg/m ² /day day1-14 3w毎
大腸XELIRI + Bev	Bev7.5g/kg,CPT-11 200mg/m ² day1,カペシタビン1600mg/m ² /day day1-14 3w毎





胃がんレジメン	レジメン内容
胃XP+ハーセプチン(プロイメンド)	カペシタビン2000mg/m ² /day day1-14, トラスツズマブ2回目以降6mg/kg day1 3w毎
胃XELOX	L-OHP130mg/m ² day1, カペシタビン2000mg/m ² /day day1-14 3w毎
胃XELOX+ハーセプチン(初回)	トラスツズマブ:8mg/kg day1, L-OHP:130mg/m ² day1 カペシタビン:2000mg/m ² /day day1-14 3w毎
胃XELOX+ハーセプチン(2回目回)	トラスツズマブ:6mg/kg day1, L-OHP:130mg/m ² day1 カペシタビン:2000mg/m ² /day day1-14 3w毎

乳がんレジメン	レジメン内容
乳腺カペシタビン+HER (3週毎) (初回)	トラスツズマブ:6mg/kg (初回は8mg/kg) day1 カペシタビン:1500-2400mg/回 1日2回 day1-14 3w毎
乳腺カペシタビン+HER (3週毎) (2回目以降)	トラスツズマブ:6mg/kg (初回は8mg/kg) day1 カペシタビン:1500-2400mg/回 1日2回 day1-14 3w毎

③ 患者用資材の活用

ダイアリーを毎日記載し、
主治医の診察時に提示する
よう指導をする

■ゼローダハンドブック

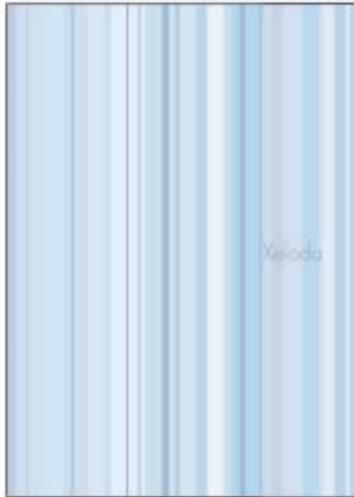
結腸・直腸癌術後補助化学療法編

大腸がんの術後補助化学療法を受けられる方へ
(ゼローダ単剤療法、XELOX療法)



進行・再発の結腸・直腸癌編

XELOX療法・XELOX+アバスチン療法・
ゼローダ+アバスチン療法を受けられる方へ



進行・再発の結腸・直腸癌編

XELIRI療法・XELIRI+アバスチン療法を
受けられる方へ

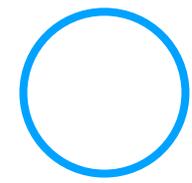




テレフォンプォローアップシートについて「カペシタビン」

新規作成

カペシタビンのテレフォンプォローアップシートを新規作成しました



施設名

患者様控え

☛テレフォンフォローアップシート☛

☛テレフォンフォローアップとは？☛

患者様が薬をもらってから次回の病院受診日までの間に、調剤薬局の薬剤師から患者様へお電話をさせていただき、薬の服用でお困りのことはないかを聞き取りさせていただきます。その際に、主治医にお伝えした方がよい情報は病院に連絡し、次回の診察に役立たせていただきます。

・対象の薬…ゼロダ（カベシタピン）

・処方日数… ___日分

・次回受診日… ___月 ___日

・電話による聞き取り日… ___月 ___日（ ___時頃）

※お電話の時間はお守りできない場合がございます

☛お電話にてお聞きさせていただく項目（以下の項目が必ず起きるわけではございません）☛

食欲不振…食事の量が減っていませんか？体重が減っていませんか？

吐き気・嘔吐…むかつき、吐き気はありませんか？嘔吐はありませんか？

だるさ…だるさで日常生活に支障が出ていませんか？

口内炎…口内炎はできていませんか？

便秘・下痢…便秘はありませんか？下痢はありませんか？便の硬さはどうですか？

脱水症状…下痢による脱水で、喉が渇く、体重減少、立ちくらみ、などはありませんか？

手足の荒れ…手足の皮膚に痛み、赤み、テカテカ、カサカサ、ひび割れなどはありませんか？

皮膚の黒ずみ…手足の指先が黒ずんではいませんか？

骨髄の障害…発熱、立ちくらみ、あざが出来やすい、などはありませんか？

肺の異常…乾いた咳、息切れ、微熱がつづいたりはありませんか？

☛テレフォンフォローアップシート☛

受付日： ___年 ___月 ___日 薬局控え

☛患者様情報（黄色の項目は必ず記載）☛

・患者氏名… ___様

・対象薬…ゼロダ（カベシタピン）

・レジメン… ___

・処方日数… ___日分

・次回受診日… ___月 ___日

・電話による聞き取り日… ___月 ___日（ ___時頃）

・お掛けする電話番号… ___ - ___ - ___

・お電話先…本人・家族・その他

・対応した薬剤師… ___

電話フォローの目安
7日処方→3～4日後
14日処方→5～7日後
21日処方→7～10日後
28日処方→10～14日後

☛聞き取り項目（赤字は、薬剤別トレーシングレポートの有害事象チェック項目に該当）☛

食欲不振…食事の量が減っていませんか？体重が減っていませんか？

（メモ： _____）

吐き気・嘔吐（=悪心・嘔吐）…むかつき、吐き気はありませんか？嘔吐はありませんか？

（メモ： _____）

だるさ（=倦怠感）…だるさで日常生活に支障が出ていませんか？

（メモ： _____）

口内炎…口内炎はできていませんか？（口腔カンジダは除外される？）

（メモ： _____）

便秘・下痢…便秘はありませんか？（何日くらい？）下痢はありませんか？（回数はいくつ？）便の硬さはどうですか？（BSスコア）

（メモ： _____）

脱水症状…下痢による脱水で、喉が渇く、体重減少、立ちくらみ、などはありませんか？

（メモ： _____）

手足の荒れ（=手足症候群）…手足の皮膚に痛み、赤み、テカテカ、カサカサ、ひび割れなどはありませんか？

（メモ： _____）

皮膚の黒ずみ（=色素沈着）…手足の指先が黒ずんではいませんか？

（メモ： _____）

骨髄の障害（=骨髄抑制）…発熱、立ちくらみ（貧血）、あざが出来やすい（出血傾向）、などはありませんか？

（メモ： _____）

肺の異常（=間質性肺炎）…乾いた咳（空咳）、息切れ、微熱がつづいたりはありませんか？

（メモ： _____）

トレーシングレポートについて 《カペシタビン》

新規作成

カペシタビンのトレーシングレポートを新規作成しました。

トレーシングレポート ゼロダ (カペシタビン)				大阪国際がんセンター DI室 がん薬連携窓口 FAX 06-6945-1290 報告日 _____年__月__日			
<small>(注意) この用紙は延義研会には使えません。 医師への延義研会、緊急報告などは電話で行ってください。</small>							
患者ID				保険薬局名			
患者名	様			保険薬局TEL			
診療科・医師名	科	先生		保険薬局FAX			
処方箋発行日	年	月	日	薬剤師名			
※患者よりFAX送信の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない (以下、該当項目に☑)							
有害事象があればチェックして下さい (聞き取り _____年__月__日 時点)							
有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)		有害事象	Grade	CTCAE v5.0による評価 (*)	
悪心	<input type="checkbox"/> 1	摂取習慣に影響のない食欲低下		食欲不振	<input type="checkbox"/> 1	摂食習慣の変化を伴わない食欲の低下	
	<input type="checkbox"/> 2	体重減少や栄養失調、脱水を伴わない食事量の減少			<input type="checkbox"/> 2	経口栄養剤を要する中程度の食欲不振	
	<input type="checkbox"/> 3	カロリーや水分の経口摂取が不十分な状態			<input type="checkbox"/> 3	経口栄養や静脈内検査、TPNを要する重度の食欲不振	
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1	軽度のだるさ		口内炎	<input type="checkbox"/> 1	軽度の疼痛	
	<input type="checkbox"/> 2	家事、買物などの労作的なADLを制限するだるさ			<input type="checkbox"/> 2	食事内容の変更を要する中程度の疼痛	
	<input type="checkbox"/> 3	食事、入浴などの基本的なADLを制限するだるさ			<input type="checkbox"/> 3	経口摂取に支障のある重度の疼痛	
下痢	<input type="checkbox"/> 1	前段と比べて1日に1~3回までの排便回数増加		手足症候群	<input type="checkbox"/> 1	疼痛を伴わない皮膚障害 (角質増殖、紅斑、浮腫など)	
	<input type="checkbox"/> 2	前段と比べて1日に4~6回までの排便回数増加			<input type="checkbox"/> 2	軽度の疼痛を伴った皮膚障害 (角質増殖、亀裂、水疱など)	
	<input type="checkbox"/> 3	前段と比べて1日に6回以上の排便回数増加			<input type="checkbox"/> 3	重度の疼痛を伴った皮膚障害 (出血など)	
色素沈着	<input type="checkbox"/> 1	体表面積の10%以下/心理的影響のない色素沈着		骨髄抑制	<input type="checkbox"/> 疑い有り	発熱、貧血、出血傾向など	
	<input type="checkbox"/> 2	体表面積の10%以上/心理的影響のある色素沈着		間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 疑い有り	発熱、全咳、息切れ、息苦しさなど	
	<input type="checkbox"/> 3			脱水症状	<input type="checkbox"/> 疑い有り	激しい下痢による脱水症状	
※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーシングレポートをFAX送信 (※)「有害事象共通用語集 v5.0(日本語)(JCOG版)」一部改定 Grade3以上の場合 <input type="checkbox"/> 病院へ電話連絡 <input type="checkbox"/> 受診勧奨 → どちらかを実施の上FAX送信							
特記事項 (薬局→病院) <input type="checkbox"/> 減量または休薬を提案します <input type="checkbox"/> 服用状況報告 <input type="checkbox"/> その他							
特記事項 (病院→薬局) <input type="checkbox"/> 内容を確認しました <input type="checkbox"/> 医師に報告しました <input type="checkbox"/> その他							
							担当薬剤師 

継続的な連携が必要です！！

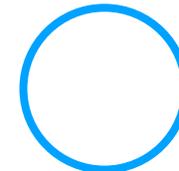
情報共有・連携・協力

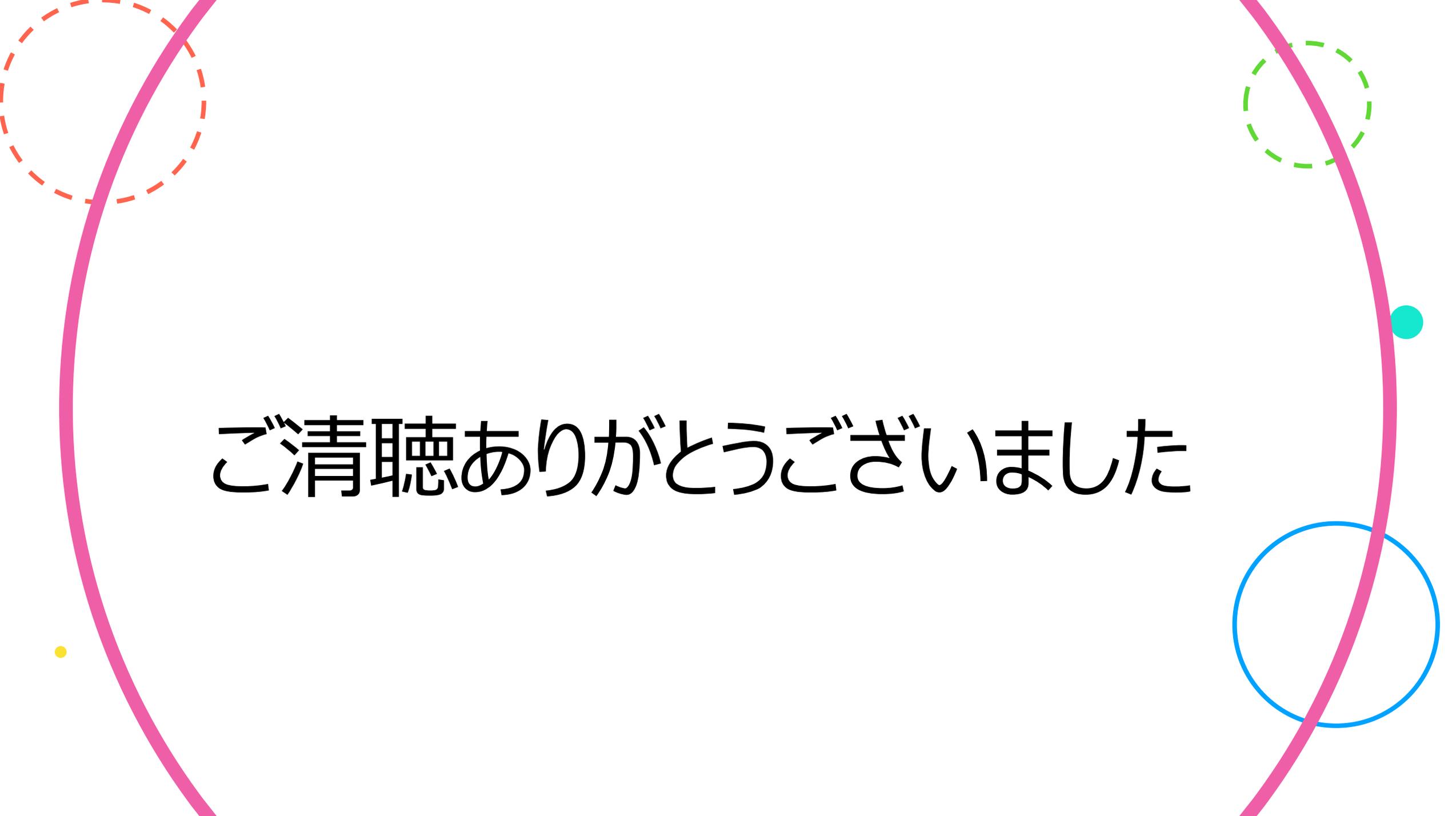
病院
薬剤師

- ✓ お薬手帳シール
- ✓ 退院時服用薬指導書
- ✓ 服薬指導内容
- ✓ 問診票
- ✓ レジメン内容

保険薬局
薬剤師

- ✓ トレーシングレポート
- ✓ 服薬情報提供書



A decorative graphic featuring a large pink circle that is partially cut off by the edges of the frame. Inside this pink circle, there are several smaller elements: a dashed orange circle in the top-left, a dashed green circle in the top-right, a solid cyan circle on the right side, and a solid yellow circle on the bottom-left. Additionally, a solid blue circle is located in the bottom-right area, overlapping the pink circle's boundary.

ご清聴ありがとうございました