

がん薬物療法(全般)



報告日 年 月 日

服薬情報提供書(大阪版)

処方医	科	先生	保険 薬局	名称	
患者ID				住所	
患者名				TEL	
				FAX	
患者同意	<input type="checkbox"/> 同意を得た。	<input type="checkbox"/> 同意は得ていないが、治療上重要と考えるため報告します。		担当薬剤師	

確認日	年 月 日	対応者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()
レジメン ・薬剤名		確認 方法	<input type="checkbox"/> 投薬時	<input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> テレフォンプォロー時	<input type="checkbox"/> 患者からの問合せ時	

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	呼吸困難、息切れ、空咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
感染症様症状 (喉の痛み、排尿時痛など)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	重篤な出血 (消化管出血・血尿・咯血など)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

受診勧奨の実施 なし あり → 上記症状のため Grade3以上のため 休薬が必要と思われたため

(※) 皮膚科・腫瘍内科コンセンサス会議 重症度評価

有害事象 [CTCAE v 5.0]	Grade1 (軽症*)	Grade2 (中等症*)	Grade3 (重症*)
下痢	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 4-6回/日の排便回数増加;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"/> 7回/日以上排便回数増加;入院を要する;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
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状;便軟化薬/緩下剤/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な症状;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
悪心	<input type="checkbox"/> なし <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
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <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
食欲不振	<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 要する
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状;治療を横さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍;経口栄養剤による補充を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛;経口摂取に支障がある
末梢神経障害 (末梢性ニューロパチー)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状がない(臨床所見または検査所見のみ)	<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	<input type="checkbox"/> 高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <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
高血圧 :成人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 収縮期血圧(sBP)120-139 mmHgまたは拡張期血圧(dBP)80-89 mmHg	<input type="checkbox"/> sBP140-159またはdBP90-99;内科的治療の変更;症状を伴うdBP> 20の上昇;単剤の薬物治療を要する	<input type="checkbox"/> sBP≥160またはdBP≥100;2種類以上の薬物治療または以前よりも強い治療を要する
手足症候群 (※)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手掌、足底に違和感があり、発赤はないか、わずかに見られ、疼痛はなく、日常生活の作業に差し支えない	<input type="checkbox"/> 手掌、足底に発赤、水泡形成がみられ、疼痛を時に感じ、日常生活の差表、歩行に差し支えることがある	<input type="checkbox"/> 手掌、足底に発赤が著明で、大型の水泡がみられ、強い疼痛を常に感じ、日常生活の作業が行いづらく、歩行しづらい
ざ瘡様皮疹 (※)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 顔面を中心に全体で20個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒はない。日常生活は気にならない	<input type="checkbox"/> 顔面、躯幹に全体で50個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒を時に感じ。症状について他人から指摘される	<input type="checkbox"/> 顔面、躯幹、四肢に全体で100個前後の丘疹、膿疱を認める。疼痛、そう痒を常に感じる。他人との面会が億劫である
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

疼痛(部位・NRS・コントロールの状況など)、症状の詳細、指導内容、提案事項、その他

病院記載欄	返信日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。	<input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。	大阪国際がんセンター
<input type="checkbox"/> 提案内容を医師へ伝えました。	<input type="checkbox"/> 次回受診時・診察前面談時に検討します。	
<input type="checkbox"/> その他 ()		
	病院名	
	薬剤師	

参考

【 1枚目のみ送信してください 】

味覚異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚変化(例: 経口サプリメント); 不快な味; 味の消失	
皮膚乾燥 (※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずかな乾燥と鱗屑がみられる。そう痒はないか、軽症	<input type="checkbox"/> 乾燥と鱗屑が明らかにみられる。そう痒は軽症か、中等症	<input type="checkbox"/> 乾燥が著明で鱗屑が多量にみられる。そう痒は中等症か、重症
そう痒 (※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時にむずむずするが、掻くほどではない。掻かなくとも眠れる	<input type="checkbox"/> 時に手がゆき、人前でも掻く。痒くて目が覚めることがある	<input type="checkbox"/> かなり痒く、ほぼ常に掻いている。そう痒で眠れないことが多い
爪囲炎 (※)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の発赤、腫脹がある。疼痛はなく、日常生活に差し支えない	<input type="checkbox"/> 発赤、腫脹がみられ、疼痛を時に感じ、日常生活の作業に差し支えることがある	<input type="checkbox"/> 発赤、腫脹が著明で、疼痛が常に強く、時に血管拡張性肉芽腫を生じ、日常生活の作業が行いづらく、歩行しづらい
皮疹 (斑状丘疹状皮疹)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状の有無は問わない(例: そう痒, 熱感, ひきつれ); 体表面積(BSA) <10%を占める斑状疹/丘疹	<input type="checkbox"/> 症状の有無問わない, BSA10-30%の斑状疹/丘疹; 身の回り以外の日常生活動作の制限; BSA > 30%を占める皮疹	<input type="checkbox"/> 中等度/高度の症状を伴う, BSA > 30%を占める斑状疹/丘疹; 身の回りの日常生活動作の制限
蕁麻疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体表面積(BSA) <10%を占める蕁麻疹; 局所治療を要する	<input type="checkbox"/> BSA10-30%を占める蕁麻疹; 内服治療を要する	<input type="checkbox"/> BSAの > 30%を占める蕁麻疹; 静脈内投与による治療を要する
湿疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 症状がない, または軽度の症状; ベースラインを超える内科的治療の追加を要さない	<input type="checkbox"/> 中等度; 外用薬または内服治療を要する; ベースラインを超える内科的治療の追加を要する	<input type="checkbox"/> 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; 静脈内投与による治療を要する
浮腫 (全身性浮腫)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 診察で明らか; 1+の圧痕浮腫	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作に支障がある; 内服治療を要する	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作に支障がある; 静脈内投与による治療を要する; 皮膚の離開
疲労	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労で, 身の回りの日常生活動作の制限を要する