

がん薬物療法(全般)



服薬情報提供書(大阪版)

| | | | | | |
|------|---------------------------------|--|-------|-----|--|
| 処方医 | 科 | 先生 | 保険 | 名称 | |
| 患者ID | | | 局 | 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"/> テレフォンフォロー時 | <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、咳嗽 | <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"/> 摘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;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) | <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、発赤はないが、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、水疱形成がみられ、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、大型の水疱がみられ、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。 | | | |
| <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 |