

FAX送信先

宛

FAX番号

報告日 年 月 日

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 薬局	名称
患者ID				住所
患者名				TEL
				FAX
患者同意	<input type="radio"/> 同意を得た。	<input type="radio"/> 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="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 家族	<input type="radio"/> その他 ()
レジメン ・薬剤名				確認 方法	<input type="radio"/> 投薬時	<input type="radio"/> その他 ()	<input type="radio"/> テレフォンプォロー時
							<input type="radio"/> 患者からの問合せ時

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

(※) 皮膚科・腫瘍内科コンサルタンス会議 重症度評価

未確認	有害事象 [CTCAE v5.0]	Grade1 (軽症*)	Grade2 (中等症*)	Grade3 (重症*)
<input checked="" type="radio"/>	下痢	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/>	便秘	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不定期または間欠的な症状;便軟化薬/緩下剤/食事の工夫/洗腸を不定期に使用	<input type="radio"/> 緩下薬または洗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="radio"/> 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 checked="" type="radio"/>	悪心	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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 checked="" type="radio"/>	嘔吐	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 治療を要さない	<input type="radio"/> 外来での静脈内栄養を要する;内科的治療を要する	<input type="radio"/> 経管栄養/TPN/入院を要する
<input checked="" type="radio"/>	食欲不振	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/>	口腔粘膜炎	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 症状がない、または軽度の症状;治療を要さない	<input type="radio"/> 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="radio"/> 高度の疼痛;経口摂取に支障がある
<input checked="" type="radio"/>	末梢神経障害 (末梢性ニューロパチー)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 症状がない(臨床所見または検査所見のみ)	<input type="radio"/> 中等度の症状;身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="radio"/> 高度の症状;身の回りの日常生活動作の制限
<input checked="" type="radio"/>	倦怠感	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> だるさがある、または元気がない	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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 checked="" type="radio"/>	高血圧 ;成人	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 収縮期血圧(sBP)120-139 mmHgまたは拡張期血圧(dBP)80-89 mmHg	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/>	手足症候群(*)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/>	ざ瘡様皮疹(*)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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 checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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			