

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			薬局	住所	
患者名				TEL	
				FAX	
患者同意	☐ 同意を得た。	☐ 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	☐ 本人	☐ 家族	☐ その他 ()
レジメン				確認	☐ 投薬時	☐ その他 ()	
・薬剤名				方法	☐ テレフォンフォロー時	☐ 患者からの問合せ時	

発熱 (37.5度以上)	☐ なし	☐ あり	呼吸困難、息切れ、空咳	☐ なし	☐ あり
感染症様症状 (喉の痛み、排尿時痛など)	☐ なし	☐ あり	重篤な出血 (消化管出血・血尿・喀血など)	☐ なし	☐ 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 ☐ 休業が必要と思われたため ☐ その他

(※) 皮膚科・腫瘍内科コンセンサス会議

未確認	有害事象	【CTCAE v5.0】	Grade1 (軽症 [※])	Grade2 (中等症 [※])	Grade3 (重症 [※])
☒	下痢	☐ なし	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ なし	☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ なし	☐ 摂食習慣に栄養のない食欲低下	☐ 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	☐ 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	☐ なし	☐ 治療を要さない	☐ 外来での静脈内栄養を要する; 内科的治療を要する	☐ 経管栄養/TPN/入院を要する
☒	食欲不振	☐ なし	☐ 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	☐ 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	☐ 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を要する
☒	口腔粘膜炎	☐ なし	☐ 症状がない、または軽度の症状; 治療を要さない	☐ 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	☐ 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)	☐ なし	☐ 症状がない(臨床所見または検査所見のみ)	☐ 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限	☐ 高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限
☒	倦怠感	☐ なし	☐ だるさがある、または元気がない	☐ 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	☐ 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	☐ なし	☐ 収縮期血圧(sBP)120-139 mmHgまたは拡張期血圧(dBP)80-89 mmHg	☐ 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	☐ 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 ^(※)	☐ なし	☐ 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	☐ 手掌、足底に発赤、水疱形成がみられ、疼痛を時に感じ、日常生活の差支、歩行に差し支えることがある	☐ 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 ^(※)	☐ なし	☐ 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	☐ 顔面、軀幹に全体で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	☐ 顔面、軀幹、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
☒		☐	☐	☐	☐
☒		☐	☐	☐	☐
☒		☐	☐	☐	☐

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
☐ 報告内容を確認しました。	病院名	南大阪病院 薬剤部		
☐ 提案内容を医師へ伝えました。	薬剤師			
☐ その他 ()				
☐ 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。				
☐ 次回受診時・診察前面談時に検討します。				