

【ICI 以外】 外来がん薬物治療情報提供書

処方医 先生 御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号）
患者番号：	担当薬剤師名：
患者氏名： 様	
☐ この情報を伝えることに對して患者の同意を得ています。	
☐ この情報を伝えることに對して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

聞き取り日： 年 月 日

対象者： ☐患者本人 ☐患者家族

治療内容(レジメン、薬剤名など)：

アドヒアランス ※コメントは下部の詳細情報欄へ
☐良好 ☐不良 ☐副作用にて休薬

CTCAE v5.0		Grade1	Grade2	Grade3
悪心、食欲不振	☐ なし	☐ 摂食習慣に影響のない食欲低下	☐ 中等度の症状：身の回り以外の日常生活動作の制限	☐ 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
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	☐ 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
便秘	☐ なし	☐ 不定期または間欠的な症状	☐ 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症狀	☐ 排便を要する頑固な便秘
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 4-6 回/日の排便回数増加	☐ ベースラインと比べて 7 回以上/日の排便回数増加
口腔粘膜炎	☐ なし	☐ 症状がない、または軽度の症状	☐ 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍；食事の変更を要する	☐ 高度の疼痛；経口摂取に支障がある
味覚障害	☐ なし	☐ 食生活の変化を伴わない味覚変化	☐ 食生活の変化を伴う味覚変化	—
末梢性ニューロパチー	☐ なし	☐ 症状がない	☐ 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
関節痛、筋肉痛	☐ なし	☐ 軽度の症状	☐ 中等度の症状	☐ 高度の症状
皮膚障害	☐ なし	☐ 症状がない、または軽度の症状	☐ 中等症；最小限/局所的/非侵襲的治療を要する	☐ 重症であるが、ただちに生命を脅かすものではない
高血圧(成人)	☐ なし	☐ 収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血圧 80-89mmHg	☐ ベースラインが正常範囲の場合は収縮期血圧 140-159 mmHg または拡張期血圧 90-99 mmHg	☐ 収縮期血圧≥160mmHg または拡張期血圧≥100mmHg

症状の詳細・指導内容・提案内容など（上記の有害事象に該当しない場合も記載してかまいません）

~~~~~ 病院記入欄 ~~~~~

☐内容を確認し、処方医に報告しました。（電子カルテスキャン済） ご報告ありがとうございました。

☐その他（ ）

記入日： 年 月 日 記入者：