

外来がん薬物治療情報提供書

処方医 科 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">先生 御机下</div>	保険薬局 名称 (住所・電話番号・FAX 番号)
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対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： (担当薬剤師：)

対象者： 患者本人 患者家族

治療内容 (レジメン、薬剤名など)：

問診時に Grade2 以上に該当する有害事象を聴取した場合、聴取した有害事象に をつけ、症状の詳細・指導内容・提案内容を記載してください。(Grade 評価は CTCAE Ver5.0 に基づく)

有害事象	Grade2	有害事象	Grade2
<input type="checkbox"/> 悪心	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"/> 倦怠感	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"/> 嘔吐	外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 手足症候群	疼痛を伴う皮膚の変化；身の回り以外の日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 食欲不振	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"/> 高血圧 (成人)	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
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	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	<input type="checkbox"/> 爪囲炎	局所的治療を要する；内服治療を要する；疼痛を伴う爪襻の浮腫や紅斑；滲出液や爪の分離を伴う
<input type="checkbox"/> 下痢	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人工肛門からの排泄量の中等度増加	<input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹	体表面積の 10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない；体表面積の >30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、軽度の症状の有無は問わない
<input type="checkbox"/> 便秘	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状	<input type="checkbox"/> 末梢性ニューロパチー	中等度の症状；身の回り以外の日常生活動作の制限

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 ~~~~~

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 記入日：      年      月      日      記入者：                                                         |