

外来がん薬物治療情報提供書

処方医 <div style="text-align: right;">科</div> <div style="text-align: right;">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：	担当薬剤師名：
患者氏名： 様	
<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： 年 月 日

対象者： 患者本人

患者家族：

聞き取り方法： テレフォンフォローアップ 面談

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； 疼痛を伴う爪襷の浮腫や紅斑； 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程度増加	<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頂いてかまいません)

~~~~~ 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)

次回外来化学療法時に確認します。(予定日： 年 月 日)

その他 ( )

記入日： 年 月 日 記入者：

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

第 2 版 2021 年 10 月改訂

緊急性のある問合せや疑義照会は、通常通り薬剤部に FAX をお願いします。(疑義照会専用 FAX 06-6879-5989)