

**【経口抗がん剤（共通）用】施設間患者服薬状況等連絡書**

**【保険薬局→病院】**

処方医 科 先生	保険薬局 名称・所在地	
処方日 年 月 日		
患者ID :	患者氏名 :	TEL: FAX:
対象薬剤 :	担当薬剤師名 :	
確認日 年 月 日	対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
この情報を病院に伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要と考えられるため報告します		

服薬状況  良好  不良 (具体的状況 : )  
(経口抗がん剤の残薬数 : )

**【有害事象確認項目】** ※下記症状（特に赤字項目）を確認した場合、緊急対応（電話連絡）が必要な場合があります。症状は聞き取り可能な範囲でご記載ください。

確認項目	具体的症状	症状なし	確認項目	具体的症状	症状なし
発熱	<input type="checkbox"/> あり ( °C)	<input type="checkbox"/>	体重増減	<input type="checkbox"/> あり ( kg)	<input type="checkbox"/>
悪心	<input type="checkbox"/> 軽い吐気があるが食事は普通 <input type="checkbox"/> 吐気があり食事は少量 <input type="checkbox"/> <b>強い吐気があり食事・水が摂取できない (体重変化あり)</b>	<input type="checkbox"/>	嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日1-2回吐いた (嘔吐した日 ) <input type="checkbox"/> 1日3-5回吐いた (嘔吐した日 ) <input type="checkbox"/> <b>1日6回以上吐いた (嘔吐した日 )</b>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/> 少し食欲ないが、普段通り食事は摂取できる <input type="checkbox"/> 食べる量は少ないが体重に変化はない <input type="checkbox"/> <b>全く食欲なく食事・水分がほとんど摂れない (体重変化あり)</b>	<input type="checkbox"/>	下痢	<input type="checkbox"/> 1日1-3回 (ストマ：排泄量が増えた) <input type="checkbox"/> <b>1日4-6回 (ストマ：排泄量が増えた)</b> <input type="checkbox"/> <b>1日7回以上 (ストマ：排泄量かなり増えた)</b>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/> 軽い口内炎だが食事は普通に摂れる <input type="checkbox"/> 口内炎の痛みがあるが工夫すれば食事は摂れる <input type="checkbox"/> <b>口内炎の強い痛みあり食事が摂れない</b>	<input type="checkbox"/>	便秘	<input type="checkbox"/> 下剤を時々使用する <input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用している <input type="checkbox"/> <b>下剤を毎日使用しても便が出ない</b>	<input type="checkbox"/>
味覚異常	<input type="checkbox"/> 本来の味と少し違うが食事は摂れる <input type="checkbox"/> 本来の味を感じず普段と違う食事で対応している <input type="checkbox"/> <b>本来の味を感じず食事も摂れない</b>	<input type="checkbox"/>	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 手足に軽いしびれや違和感がある <input type="checkbox"/> 手足にしびれがあるが生活に支障はない <input type="checkbox"/> <b>手足に強いしびれがあり生活に支障がある</b>	<input type="checkbox"/>
発疹	<input type="checkbox"/> 一部の皮膚に症状がある <input type="checkbox"/> <b>顔・胸・腹・背中・手足のいずれかに広がる</b> <input type="checkbox"/> <b>上半身・下半身に広がる</b>	<input type="checkbox"/>	手足症候群	<input type="checkbox"/> 手足ひりひり・腫れ・赤みがあるが痛みはない <input type="checkbox"/> 手足腫れ・水疱・ひび割れあり痛みがある <input type="checkbox"/> <b>手足腫れ・水疱・ひび割れの痛みで生活に支障がある</b>	<input type="checkbox"/>
咳	<input type="checkbox"/> ほとんどないが生活に少し支障がある <input type="checkbox"/> 時々あり生活にある程度支障がある <input type="checkbox"/> <b>頻繁にあり生活にかなり支障がある</b>	<input type="checkbox"/>	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 体動時に息切れする <input type="checkbox"/> <b>立つ・座る等の軽い動作で息切れがする</b> <input type="checkbox"/> <b>安静時に息切れがする</b>	<input type="checkbox"/>
倦怠感	<input type="checkbox"/> だるいが休むと改善する <input type="checkbox"/> だるく休んでも改善しないが生活に支障はない <input type="checkbox"/> <b>だるく休んでも改善せず生活に支障あり (横になって過ごす)</b>	<input type="checkbox"/>	筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> 軽い痛みがある <input type="checkbox"/> 痛みがあるが日常生活動作に制限はない <input type="checkbox"/> <b>強い痛みがあり日常生活動作に制限がある</b>	<input type="checkbox"/>
気持ちのつらさ	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 症状あり生活にある程度支障がある <input type="checkbox"/> <b>症状により日常生活が制限されている</b>	<input type="checkbox"/>	がん性疼痛	<input type="checkbox"/> 症状あるが軽度 <input type="checkbox"/> 症状あり支持療法で改善、日常動作に支障なし <input type="checkbox"/> <b>症状あり支持療法で改善せず、日常動作に支障あり</b>	<input type="checkbox"/>

その他(むくみ(浮腫)、高血圧、眼の症状、ふらつき、不眠など)の気になる症状についての確認  
 特になし  
 あり 詳細な症状 ( )

保険薬局薬剤師による評価、CTCAE ver.5.0の評価、支持療法などに関する提案

<p>返信欄</p> <p>対応 (処方医記入欄) 報告内容を確認し  <input type="checkbox"/> 次回からも同様の処方内容で継続します。  <input type="checkbox"/> 報告内容を考慮し、以下のように対応します。                  ( )                  医師名                  年 月 日</p>	<p>対応 (病院薬剤師記入欄)  <input type="checkbox"/> 電子カルテへの記載                  薬剤師名                  年 月 日</p>
---	---

(注意) 緊急性のある有害事象報告は、通常通り電話でご連絡ください。グレード評価は別表のCTCAE ver.5.0でお願いします。  
 ご提供いただいた情報は次回当院受診時に担当医師へ報告します。