

がん化学療法連携シート

《保険調剤薬局 → 北信総合病院 薬剤部 医薬品情報管理室》

患者ID : _____ 診療科 : _____ 報告日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____

レジメン名 (又は医薬品名) : _____ 不明

抗がん投与日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ クール目 ・ day _____)

情報聴取日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認時の有害事象発現状況 (参考資料 : 有害事象共通用語基準 CTCAEv5. 0は次頁)

- | | | | | | |
|----------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 食欲不振 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 便秘 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 下痢 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 悪心 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | |
| 嘔吐 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 倦怠感 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | |
| 口腔粘膜炎 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 末梢神経障害 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 浮腫 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 |
| 手足症候群 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | |
| 湿疹 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | |
| 爪の変化 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | (爪の変化詳細 : _____) | | |
| その他 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 (_____) |
| その他 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 | <input type="checkbox"/> G4 (_____) |
| irAEの可能性 | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | (免疫チェックポイント阻害薬の投与がある場合:参考2) | | |

有害事象の詳細／支持療法薬使用状況／報告事項／提案事項等(次回診察時への情報提供) :

記載例参考3

経口抗がん剤残薬数(回数) 理由 : 飲み忘れ 副作用 その他 (_____)

指導施設名 : _____ TEL: _____ 指導薬剤師名 : _____

* このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は直接医師へ電話連絡をお願いいたします *

JA長野厚生連 北信総合病院 薬剤部 医薬品情報管理室

TEL : 0269-22-2151(内線:2530)

FAX : 0269-23-2792

(医薬品情報管理室直通)

北信総合病院 薬剤部 2022年3月作成