

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	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
悪心	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	
嘔吐	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
口腔粘膜炎	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
便秘	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
下痢	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
倦怠感	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	
末梢神経障害	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4
湿疹	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	
手足症候群	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	
爪の変化	: ☐ 無	☐ G1	(爪の変化詳細 : _____)		
浮腫	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☒ G4
その他	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4 (_____)
その他	: ☐ 無	☐ G1	☐ G2	☐ G3	☐ G4 (_____)
irAEの可能性	: ☐ 無	☐ 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(_____ 回分) 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 2023年8月改訂