

# 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           |
| 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           |
| 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           |
| 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           |
| 倦怠感      | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 |                                       |
| 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           |
| 湿疹       | : <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> G1 | <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> G3 |                                       |
| 手足症候群    | : <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 : _____ )           |                             |                                       |
| 浮腫       | : <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 ( _____ ) |
| 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