

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御机下 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 患者 I D                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |  | 保険薬局名           |                                                                                       |     |
| 生年月日                                                                                                                               | 大正・昭和・平成・令和      年      月      日                                                                                                                                                                                        |  | 担当薬剤師名          |                                                                                       |     |
| レジメン                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |  | FAX番号           |                                                                                       |     |
| ※この情報を伝えることに對して患者または家族の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得てないが治療上重要だと思われるので報告する                             |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| 確認日時：      月      日      確認方法： <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォロー |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| 対応者                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族                                                                                                                                                                 |  | 服薬状況            | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良                               |     |
| 服薬状況<br>不良理由                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 飲み忘れ（      回） <input type="checkbox"/> 副作用が発現した（いつから：      ）<br><input type="checkbox"/> 服用・回数の誤り <input type="checkbox"/> 自分で判断して飲むのをやめた（いつから：      ）<br><input type="checkbox"/> その他（      ） |  |                 |                                                                                       |     |
| 疼痛評価（オピオイド使用患者のみ）                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| 疼痛部位                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |  | NRS             | 最大：                                                                                   | 最小： |
| レスキュー回数：平均すると 1 日      回                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |  | レスキュー使用後のNRS：   |                                                                                       |     |
| 副作用モニタリング（CTCAE Version 5.0による評価）                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| 悪心                                                                                                                                 | 0：症状がない<br>1：少し気持ち悪い<br>2：気持ち悪いのが2～3日続いている<br>3：気持ち悪くて水分も食事摂取できず、<br>経管栄養や高カロリー輸液、入院を要する                                                                                                                                |  | 嘔吐              | 0：症状がない<br>1：治療を要さない軽度の嘔吐<br>2：静脈内輸液や内科的治療を要する嘔吐<br>3：経管栄養や高カロリー輸液、入院を要する嘔吐           |     |
| 食欲不振                                                                                                                               | 0：症状がない<br>1：食欲がない<br>2：食欲がない期間が2～3日続いている<br>3：食欲がない期間が1週間以上続いている                                                                                                                                                       |  | 口腔粘膜炎           | 0：症状がない<br>1：軽度の症状<br>2：経口摂取に影響のない疼痛または潰瘍<br>3：高度の痛みがあり、経口摂取に支障がある                    |     |
| 下痢                                                                                                                                 | 0：症状がない<br>1：普段と比べて1日に1～3回排便回数の増加<br>2：普段と比べて1日に4～6回排便回数の増加<br>3：普段と比べて7回以上の排便回数の増加                                                                                                                                     |  | 便秘              | 0：症状がない<br>1：便秘時に緩下剤を使用<br>2：定期的に緩下剤を要する持続的症状<br>3：浣腸を要する頑固な便秘                        |     |
| 末梢神経障害                                                                                                                             | 0：症状がない<br>1：痺れがあるが日常生活に支障がない<br>2：痺れにより身の回り以外の動作に支障がある<br>3：痺れにより日常生活動作に支障がある（例：ボタン<br>がかけられない、ペットボトルの蓋が開けられない）                                                                                                        |  | 倦怠感             | 0：症状がない<br>1：軽度のだるさがある、または元気がない<br>2：中等度だるさで、日常生活に一部制限がある<br>3：身の回りの日常生活動作をできないほどのだるさ |     |
| 皮膚障害                                                                                                                               | 0：症状がない<br>1：軽度の症状があるが日常生活に支障がない<br>2：中等度の症状により身の回り以外の日常生活動作に支障<br>がある<br>3：高度の症状により日常生活動作に支障がある                                                                                                                        |  | 手足症候群           | 0：症状がない<br>1：疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化<br>2：疼痛を伴う皮膚の変化<br>3：疼痛を伴う高度の皮膚変化、日常生活に支障がある             |     |
| 味覚障害                                                                                                                               | 0：症状がない<br>1：食生活の変化を伴わない味覚変化<br>2：食生活の変化を伴う味覚変化<br>3：高度の症状により日常生活に支障がある                                                                                                                                                 |  | その他<br>（      ） | 症状の詳細（自由記載）                                                                           |     |
| 症状の詳細・<br>支持薬使用状<br>況                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| その他                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |
| 病院薬剤師<br>記入欄                                                                                                                       | □報告内容を電子カルテに取り込み依頼をしました<br>□医師に報告しました                                                                                                                                                                                   |  |                 | 担当薬剤師                                                                                 |     |
| 済生会宇都宮病院                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |  |                 |                                                                                       |     |

＜注意＞ F A Xによる情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません。

Grade3の症状があるもしくは緊急性のある場合は電話連絡及び受診推奨をお願いします。