

大阪公立大学医学部附属病院 外来がん薬物治療 情報提供書

年 月 日

保険薬局名	薬局	薬局 FAX 番号	
薬剤師名	処方箋発行日	薬局電話番号	
患者氏名	患者 ID	聞き取り日	
診療科	医師名	聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族
報告に対する患者同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (診療上必要と認められるため情報提供します)		
治療内容(レジメン、薬剤名など)			

緊急連絡が必要な重篤の症状(ありの場合は患者より医師に連絡する様に指示してください。)

症状・病名	重篤の症状 (irAE と記載されている症状はチェックポイント阻害薬使用患者に使用)
感染症	<input type="checkbox"/> 38℃以上の発熱があり、発熱時抗菌薬の指示がない
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱を伴う新たに発現した(増悪した)呼吸困難・息切れ
重篤な出血	<input type="checkbox"/> 吐血・下血・喀血などがある
浮腫	<input type="checkbox"/> 明らかな浮腫があり、3日以内に2kg以上の急激な体重増がある
重症筋無力症・筋炎(irAE)	<input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる・手足に力が入らない
心筋炎(irAE)	<input type="checkbox"/> 胸が締めつけられるような痛み
1型糖尿病(irAE)	<input type="checkbox"/> 異常な喉の渇き、多尿
重度の皮疹(irAE)	<input type="checkbox"/> 全身に広がる発疹、粘膜のただれ、水ぶくれ
大腸炎(irAE)	<input type="checkbox"/> 激しい腹痛・血便・黒色便

その他下記の中重度以上の有害事象を聴取した場合、聴取した症状に☑をつけ、症状の詳細・指導内容・提案内容を記載してください。
 重度の症状の場合患者本人に速やかな受診を勧めてください。

症状・病名	中等度の症状 (本情報提供書で情報提供をお願いします)		重度の症状 (当院またはかかりつけ医の受診を勧めてください)	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	ベースラインから4-6回/日の排便回数の増加 人工肛門からの排泄量の中等度増加	<input type="checkbox"/>	ベースラインから7回以上/日の排便回数の増加 人工肛門からの排泄量の高度増加
便秘	<input type="checkbox"/>	緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的状態	<input type="checkbox"/>	排便を要する頑固な便秘
食欲不振・吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量減少	<input type="checkbox"/>	カロリーや水分の経口摂取がまったくできない
口内炎	<input type="checkbox"/>	中等度の疼痛(経口摂取に支障がない・食事の変更を要する)	<input type="checkbox"/>	高度の疼痛(経口摂取に支障がある)
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	身の回りの日常生活動作が大きく制限される		
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	顔面・躯幹に全体で50個前後の丘疹・膿疱を認める。疼痛・そう痒を時に感じる。症状について他人から指摘される。	<input type="checkbox"/>	顔面・躯幹・四肢に全体で100個前後の丘疹・膿疱を認める。疼痛・そう痒を常に感じる。他人との面会が億劫である。
手足症候群(HFS)	<input type="checkbox"/>	手掌・足底に発赤・水疱形成が見られ、疼痛を時に感じ、日常生活の作業・歩行に差し支えることがある	<input type="checkbox"/>	手掌・足底に発赤が著名で大型の水疱が見られ、強い疼痛を常に感じ、日常生活の作業が行いづらく、歩行しづらい
爪囲炎	<input type="checkbox"/>	発赤・腫脹が見られ、疼痛を時に感じ、日常生活の作業に差し支えることがある	<input type="checkbox"/>	発赤・腫脹が著名で疼痛が常に強く、時に血管拡張性肉芽腫を生じ、日常生活の作業が行いづらく、歩行しづらい
疲労感	<input type="checkbox"/>	身の回り以外の日常生活動作が制限される休息によって軽快しない疲労	<input type="checkbox"/>	身の回りの日常生活動作が制限される休息によって軽快しない疲労
高血圧	<input type="checkbox"/>	収縮期血圧160-179mmHg かつベースラインの収縮期血圧から20mmHg以上の上昇(複数回)	<input type="checkbox"/>	収縮期血圧≥180mmHg かつベースラインの収縮期血圧から40mmHg以上の上昇(複数回)

症状の詳細・指導内容・提案内容など

内容を確認し、処方医へ報告しました(電子カルテスキャン済み)。

その他 ()

薬剤師 _____