

## がん薬物療法に関する服薬情報提供書(免疫チェックポイント阻害薬治療用)

処方箋発行日	年	月	日	保険薬局 名称
担当医:	科	先生 御机下		
患者ID:				
患者名:	電話番号:			
生年月日:	年	月	日	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="radio"/> 得た <input type="radio"/> 得ていない				
患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。				

抗がん剤治療に関わる情報提供書を受領いたしました。

聞きとり日

前回治療日:

年 月 日

下記の通り、副作用状況についてご報告いたします。

年 月 日

レジメン名:

症状	Grade0	Grade1	Grade2	Grade3
問1 倦怠感、だるさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> だるさがあるが身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 身の回りのことも普段通りにはできないほどだるい	<input type="checkbox"/>
問2 食欲	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちたが量は半分以上食べられる	<input type="checkbox"/> 食欲が落ちて、量は半分以下になった	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った
問3 吐き気	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 軽い吐き気があった	<input type="checkbox"/> 吐き気で食べる量が減った	<input type="checkbox"/> ほとんど食べられなかった水分も取れない
問4 嘔吐	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1日に1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐いた
問5 口内炎	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> しみるが食べられる	<input type="checkbox"/> 痛みで食べる量が減った	<input type="checkbox"/> 痛みでほとんど食べられない
問6 皮疹	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 体表面積の10%未満の範囲	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%未満の範囲	<input type="checkbox"/> 体表面積の30%以上の範囲
問7 息切れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 階段を上る際に息切れがある	<input type="checkbox"/> ゆっくり歩行した際に息切れがあるが日常生活はできる	<input type="checkbox"/> 息切れのため身の回りのことができない
問8 下痢	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 便回数が1~3回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が4~6回/日増えた	<input type="checkbox"/> 便回数が1日7回以上増えた
問9 手足の感覚異常	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 指先や足裏に違和感があったが今は何ともない	<input type="checkbox"/> 指先や足裏に違和感やしびれ感があり持続している	<input type="checkbox"/> 小さいボタンがかけられない紙がめくれない、箸や鉛筆を落とす
問10 筋力低下	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 明らかな筋力低下はないが力の入りにくさを感じる	<input type="checkbox"/> 筋力が低下した自覚はあるが家事などの日常生活の作業はできる	<input type="checkbox"/> 明らかな筋力低下のため家事や身の回りのことができない

その他 自覚のあった症状にチェックしてください

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 咳が出る・増えた                | <input type="checkbox"/> 動悸がした                | <input type="checkbox"/> 手足に痛みを感じる          | <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛がある               |
| <input type="checkbox"/> おしっこ回数が増えた              | <input type="checkbox"/> 体のむくみがある<br>体重の増加がある | <input type="checkbox"/> 体にかゆみがある           | <input type="checkbox"/> 皮膚にあざがでやすい               |
| <input type="checkbox"/> 目がかすむ・見えにくい<br>目が充血している | <input type="checkbox"/> まぶたが重い<br>物が二重に見える   | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい<br>しゃべりにくい | <input type="checkbox"/> 喉がひどく乾く<br>水分をたくさん摂取している |

その他の症状、指導内容、伝達・提案事項などあれば記載してください（服薬状況などに関する情報提供、処方提案、継続の必要性が乏しい薬剤など）

〈注意〉  に網掛けしている症状に該当する場合、緊急性のある場合は直接お電話ください。

連絡先: 平日8:30~17:00は各科外来、それ以外の時間帯は救急外来 電話: 052-652-5511(代表)