

## がん薬物療法に関する服薬情報提供書

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:

内服抗がん剤  有り 薬品名:  無し服薬アドヒアランス:  良好  不良 ※不良の場合、下部「その他」の欄に詳細を記入してください。

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		
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		
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	味覚	<input type="checkbox"/>	変わらない	<input type="checkbox"/>	味が少し変わったが食べられる	<input type="checkbox"/>	味が変わって食べる量が減った		
問7	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		
問8	便秘	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	便秘してたまに下剤を使った	<input type="checkbox"/>	便秘で毎日下剤を使った	<input type="checkbox"/>	下剤を使ってもでない日常生活が制限される
問9	手足の感覚異常(しびれ)	<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日常生活はできる	<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	ざ瘡様皮疹	<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%以上の範囲かゆみや痛みを伴う
問11	皮膚乾燥	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	体表面積の10%未満の範囲赤みやかゆみはない	<input type="checkbox"/>	体表面積の10~30%未満の範囲赤みやかゆみがある	<input type="checkbox"/>	体表面積の30%以上の範囲かゆみが強い
問12	爪の症状	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	赤みや腫れがあるが痛みはない	<input type="checkbox"/>	痛みを伴う赤みや腫れがある日常生活はできる	<input type="checkbox"/>	痛みがあり日常生活もできない
問13	手掌・足底発赤知覚不全症候群	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	痛みがないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(紅斑、浮腫、角質増殖症)	<input type="checkbox"/>	痛みがある皮膚の変化(紅斑、浮腫、水疱、亀裂、出血など)日常生活はできる	<input type="checkbox"/>	痛みがある高度の皮膚の変化(紅斑、浮腫、水疱、亀裂、出血など)日常生活もできない
問14	色素沈着	<input type="checkbox"/>	ない	<input type="checkbox"/>	手足が黒くなった	<input type="checkbox"/>	手足以外も黒くなった		

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

〈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)