

カルテ番号

【院外】 外来 → 保険薬局 → 薬剤部へ FAX → カルテ保存

氏名

【院内】 外来あるいは病棟 → 薬剤部 → カルテ保存

生年月日

経口抗がん剤説明依頼書・結果報告書

中止変更連絡書

(インプリンター・オーダーシールをご使用下さい)

<医師記入欄>

【院外】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を説明パンフレットとともに患者さんへお渡し下さい

【院内】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を薬剤部へ送って下さい

院内処方ではオーダーにこの旨をご記入下さい。また、患者に⑦番薬剤窓口で説明があることをお伝え下さい。

中部労災病院 _____ 科 依頼医師 _____

- 新規 変更(現処方: _____) 中止
 変更・中止の場合はその理由 効果なし・副作用・その他(_____)
- ・ 開始・中止薬剤 エスワнтаイホウ・UFT・UFT/ユーゼル・ゼローダ・ロンサーフ・スチパーガ
 その他(_____)
 - ・ 服薬開始・中止日 (_____ 月 _____ 日 朝・昼・夕 から開始または中止)
 - ・ 予定投与スケジュール (_____ 週投与 _____ 週休薬・休薬なし・術後補助化学療法)
 - ・ 注射剤との併用 有(薬剤名: _____ レジメン: _____)・無
 - ・ 告知の有 有・無
 - ・ 説明対象者 本人・家族・その他(_____)
 - ・ がん種 大腸・胃・膵臓・乳・その他(_____)
- <その他 連絡事項や依頼内容>

<薬剤師記入欄>

指導日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

各薬剤のハンドブックで以下の項目を説明し、実施した項目に☑を入れる

基本指導項目

- 用法・用量の確認
- 服薬・休薬期間(予定)の確認
- 飲み忘れた時の対応 → 次回から指示通り服用
- 「すぐに受診すべき症状」の説明(下表参照)
- 冊子(服薬記録)の記入方法の説明

薬剤別指導項目【(内)は院内処方時チェック項目】

エスワнтаイホウ	ゼローダ	UFT	UFT/ユーゼル	ロンサーフ
<input type="checkbox"/> Ccr≤30 は使用不可 (ランダ併用時は Ccr≤50)【内】 <input type="checkbox"/> 食後服用(空腹時作用減弱) <input type="checkbox"/> 4週投与 2週休薬 (注射抗がん剤併用時、 変更あり)	<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 3週投与 1週休薬(乳がん) 2週投与 1週休薬(乳・大腸がん) <input type="checkbox"/> ビドキサル併用は手足症候群 の予防	<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 休薬期間 なし	<input type="checkbox"/> 空腹時 8時間毎の服用 (食事の前後 1時間を避ける →食後投与で効果減弱) <input type="checkbox"/> 4週投与 1週休薬	<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> (5日間内服 2日休薬) × 2 その後 2週間休薬

- 併用薬確認【内】
 フェニトイン(血中濃度上昇) ワーファリン(作用増強)

- 「すぐに受診すべき症状」の説明(各薬剤の「服用のてびき」を参照)
- 発熱(38度以上)とどの痛み、出血症状、どうき・息切れ・立ちくらみなどの貧血症状(血液障害)
 - 発熱・皮疹に続く食欲不振、だんだん強くなる吐き気、白目が黄色くなるなどの症状(肝障害)
 - 吐き気がひどく、食事や水分が取れないとき
 - 1日4回以上の下痢、飲み始めて数日以内に口内炎と同時に下痢がおこった場合
 - 手足症候群(ゼローダ、スチパーガ)

<その他 特記事項(指導内容)>

保険薬局または病棟担当薬剤師 _____

FAX 送信先 (052)652-0246 中部労災病院 薬剤部

カルテ番号

【院外】 外来 → 保険薬局 → 薬剤部へ FAX → カルテ保存

氏名

【院内】 外来あるいは病棟 → 薬剤部 → カルテ保存

生年月日

経口抗がん剤説明依頼書・結果報告書

中止変更連絡書

(インプリンター・オーダースールをご使用下さい)

<医師記入欄>

【院外】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を説明パンフレットとともに患者さんへお渡し下さい

【院内】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を薬剤部へ送って下さい

院内処方ではオーダにこの旨をご記入下さい。また、患者に⑦番薬剤窓口で説明があることをお伝え下さい。

中部労災病院

科 依頼医師

- 新規 変更(現処方:) 中止
 変更・中止の場合はその理由 効果なし・副作用・その他()
- ・ 開始・中止薬剤 エスワンタイホウ・【TKI】 イレッサ・タルセバ・ジオトリフ・タグリッソ
 【ALK 阻害薬】 ザーコリ・アレセンサ・その他()
 - ・ 服薬開始・中止日 (月 日 朝・昼・夕 から開始または中止)
 - ・ 予定投与スケジュール (週投与 週休薬・休薬なし)
 - ・ 注射剤との併用 有(薬剤名: レジメン:)・無
 - ・ 告知の有 有・無
 - ・ 説明対象者 本人・家族・その他()
 - ・ がん種 肺・その他()

<その他 連絡事項や依頼内容>

<薬剤師記入欄>

指導日 年 月 日

各薬剤のハンドブックで以下の項目を説明し、実施した項目に☑を入れる

基本指導項目

- 用法・用量の確認 服薬・休薬期間(予定)の確認
- 飲み忘れた時の対応 → 次回から指示通り服用
- 「すぐに受診すべき症状」の説明(下表参照) 冊子(服薬記録)の記入方法の説明

薬剤別指導項目(【内】は院内処方時チェック項目)

エスワンタイホウ	TKI	ALK 阻害薬
<input type="checkbox"/> Ccr ≤ 30 は使用不可 (シスプラチン併用時は Ccr ≤ 50) <input type="checkbox"/> 食後服用(空腹時作用減弱) (注射抗がん剤併用時、変更あり)	<input type="checkbox"/> 食後服用(イレッサ、タグリッソ) <input type="checkbox"/> 食間服用(タルセバ、ジオトリフ)	<input type="checkbox"/> 食後服用
【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> フェニトイン(血中濃度上昇) <input type="checkbox"/> ワーファリン(作用増強)	【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> CYP3A4 誘導剤(リファンピシンなど) (作用減弱) <input type="checkbox"/> CYP3A4 阻害剤(イトラコナゾールなど) (作用増強) <input type="checkbox"/> 酸分泌抑制剤(H ₂ B、PPI) (イレッサ、タルセバの作用減弱) <input type="checkbox"/> 喫煙(タルセバの作用減弱) ※ジオトリフ; P-糖蛋白 タグリッソ; CYP3A	【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> CYP3A4 誘導剤(リファンピシンなど) (作用減弱) <input type="checkbox"/> CYP3A4 阻害剤(イトラコナゾールなど) (作用増強)

「すぐに受診すべき症状」の説明

- 持続する咳、息苦しさなどの症状(肺障害)
- 発熱(38度以上)とどの痛み、出血症状、どろき・息切れ・立ちくらみなどの貧血症状(血液障害)
- 発熱・皮疹に続く食欲不振、だんだん強くなる吐き気、白目が黄色くなるなどの症状(肝障害)
- 吐き気がひどく、食事や水分が取れないとき

<その他 特記事項(指導内容)>

保険薬局または病棟担当薬剤師

FAX 送信先 (052)652-0246 中部労災病院 薬剤部

カルテ番号

【院外】 外来 → 保険薬局 → 薬剤部へ FAX → カルテ保存

氏名

【院内】 外来あるいは病棟 → 薬剤部 → カルテ保存

生年月日

経口抗がん剤説明依頼書・結果報告書

中止変更連絡書

(インプリンター・オーダーシールをご使用下さい)

<医師記入欄>

【院外】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を説明パンフレットとともに患者さんへお渡し下さい

【院内】 該当部分をご記入のうえ、本依頼書を薬剤部へ送って下さい

院内処方ではオーダーにこの旨をご記入下さい。また、患者に⑦番薬剤窓口で説明があることをお伝え下さい。

中部労災病院 _____ 科 依頼医師 _____

- 新規 変更(現処方: _____) 中止
 変更・中止の場合はその理由 効果なし・副作用・その他(_____)
- ・ 開始・中止薬剤 UFT・カテックス・オダイン・イクスタンジ・ザイティガ・エストラサイト
 ネクサバル・スーテント・インライタ・ヴオトリント・アフィニール・その他(_____)
 - ・ 服薬開始・中止日 (_____ 月 日 朝・昼・夕 から開始または中止)
 - ・ 予定投与スケジュール (_____ 週投与 _____ 週休薬・休薬なし・術後補助化学療法)
 - ・ 注射剤との併用 有(薬剤名: _____ レジメン: _____)・無
 - ・ 告知の有 有・無
 - ・ 説明対象者 本人・家族・その他(_____)
 - ・ がん種 前立腺・膀胱・腎・その他(_____)

<その他 連絡事項や依頼内容>

<薬剤師記入欄>

指導日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

各薬剤のハンドブックで以下の項目を説明し、実施した項目に☑を入れる

基本指導項目

- 用法・用量の確認 服薬・休薬期間(予定)の確認
- 飲み忘れた時の対応 → 次回から指示通り服用 「すぐに受診すべき症状」の説明(下表参照)
- 冊子(服薬記録)の記入方法の説明

薬剤別指導項目

UFT	カテックス・オダイン イクスタンジ	ザイティガ	エストラサイト
<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 休薬期間なし 【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> フェニトイン(血中濃度上昇) <input type="checkbox"/> ワーファリン(作用増強)	<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 休薬期間なし	<input type="checkbox"/> 空腹時服用 (食前 1 時間以上前もしくは食後 2 時間以上後→食後投与で Cmax 及び AUC が上昇) <input type="checkbox"/> プレドニゾロン 5mg1 日 2 回 併用	<input type="checkbox"/> 食後服用 【併用注意(併用で作用減弱)】 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> カルシウムを多量に含有する食物 <input type="checkbox"/> カルシウム製剤
ネクサバル	スーテント	インライタ	ヴオトリント
<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 休薬期間なし <input type="checkbox"/> 高脂肪食摂取時は食事の 1 時間前から食後 2 時間までの間を避けて服用	<input type="checkbox"/> 1 日 1 回 50mg を 4 週投与で 2 週休薬 【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> CYP3A4 活性に影響を及ぼす薬剤との併用注意	<input type="checkbox"/> 食後服用 <input type="checkbox"/> 休薬期間なし 【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> CYP3A4/5 活性に影響を及ぼす薬剤との併用注意	<input type="checkbox"/> 空腹時服用 (食前 1 時間以上前もしくは食後 2 時間以上後→食後投与で Cmax 及び AUC が上昇) 【併用薬確認】 <input type="checkbox"/> プロトンポンプ阻害剤(作用減弱) <input type="checkbox"/> CYP3A4 活性に影響を及ぼす薬剤

「すぐに受診すべき症状」の説明(各薬剤の「服用のてびき」を参照)

- 発熱(38 度以上)とどの痛み、出血症状、どつき・息切れ・立ちくらみなどの貧血症状(血液障害)
- 発熱・皮疹に続く食欲不振、だんだん強くなる吐き気、白目が黄色くなるなどの症状(肝障害)
- 吐き気がひどく、食事や水分が取れないとき
- 1 日 4 回以上の下痢、飲み始めて数日以内に口内炎と同時に下痢がおこった場合

<その他 特記事項(指導内容)>

保険薬局または病棟担当薬剤師 _____

FAX 送信先 (052)652-0246 中部労災病院 薬剤部