

**特定薬剤管理指導加算 2 報告用紙**

報告日： 年 月 日

重大な副作用の発現の恐れがある場合には、患者に対して速やかに受診勧奨等の必要な対応を行ってください。受診勧奨後、本報告用紙にて報告をお願い致します。

その他、報告に関して、緊急を要する場合は化学療法室 (0562-93-2149) 宛てに電話連絡をお願い致します。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称
患者 ID : 患者名 : 処方箋発行日 :	所在地 : 電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 :
以下の項目にチェックをお願いします この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 得ていないにチェックした場合は以下を確認し、チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 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。	

以下の該当箇所にチェック☑と記載をお願いします

●レジメン名【 】 レジメン番号【No. 】

直近の化学療法実施日【 年 月 日、day 】

次回の藤田医科大学病院診療予約予定日【 年 月 日】

確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 保険薬局での聞き取り
確認日時	年 月 日 時 Day ()
経口抗がん薬 服薬状況	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の処方なし <input type="checkbox"/> 服用できている (服薬状況良好) <input type="checkbox"/> 服用しないことあり (服薬状況不良) 理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 理解力不足 <input type="checkbox"/> 治療薬による副作用 (症状、Grade 評価) <input type="checkbox"/> その他 ()
支持療法薬の 服薬状況	<input type="checkbox"/> 支持療法薬の処方なし <input type="checkbox"/> 服用できている <input type="checkbox"/> 服用しないことあり 理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 理解力不足 <input type="checkbox"/> 支持療法薬の副作用 (症状) <input type="checkbox"/> その他 ()
その他内服薬・外用 の服薬、使用状況	<input type="checkbox"/> 服用、使用できている <input type="checkbox"/> 服薬、使用しないことあり 詳細:

【2 ページ目へ続く】

●発熱の状況

38℃を超える発熱の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月 日頃) (体温: 度)
発熱時の対応	<input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 処方されている抗菌薬 () を服用 (日~ 日) <input type="checkbox"/> 解熱剤 () を服用 (日~ 日)
その後の経過	<input type="checkbox"/> (月 日) に解熱 <input type="checkbox"/> 発熱は継続している

●確認した副作用症状にチェック☑、該当するGrade (CTCAE ver. 5.0) を○で囲んでください。

副作用	症状有無	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4
食欲不振	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化; 経口栄養剤による補充を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う (例: カロリーや水分の経口摂取が不十分); 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する	生命を脅かす; 緊急処置を要する
悪心	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	摂食習慣に影響のない食欲低下	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の減少がある	カロリーや水分の経口摂取が不十分; 経管栄養/TPN/入院を要する	-
嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	治療を要さない	外来での静脈内輸液を要する, 内科的治療を要する	経管栄養/TPN/入院を要する	生命を脅かす
便秘	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	不定期または間欠的な症状; 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	身の回り以外の日常生活動作を制限する緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的症状がある	身の回りの日常生活動作を制限する頑固な便秘がある	生命を脅かす; 緊急処置を要する
下痢 【Grade2でも症状に応じて電話連絡が必要】	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	ベースラインと比べて4回/日の排便回数増加; ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	身の回り以外の日常生活動作を制限するベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加, ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加がある	身の回りの日常生活動作を制限するベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加, 入院を要する, ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加がある	生命を脅かす; 緊急処置を要する
味覚異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	食生活の変化を伴わない味覚変化	食生活の変化を伴う味覚変化 (例: 経口サプリメント), 味の消失がある	-	-
倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	だるさがある, または元気がない	身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある, または元気がない状態	身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある, または元気がない状態	-
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	軽度の症状; 治療を要さない	食事の変更を必要とする経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍がある	経口摂取に支障がでるほどの高度の疼痛がある	生命を脅かす; 緊急処置を要する
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	症状がない	身の回り以外の日常生活動作を制限する中等度の痺れがある	身の回りの日常生活動作を制限する高度の痺れがある	生命を脅かす; 緊急処置を要する
手足症候群	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎 (例: 紅斑, 浮腫, 角質増殖症)	身の回り以外の日常生活動作を制限する疼痛を伴う皮膚の変化 (例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症)	身の回りの日常生活動作を制限する疼痛を伴う高度の皮膚の変化 (例: 角層剥離, 水疱, 出血, 亀裂, 浮腫, 角質増殖症)	-

ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	体表面積の<10%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない	身の回り以外の日常生活動作を制限する体表面積の10-30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、そう痒や圧痛の有無は問わない；社会心理学的な影響を伴う；体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、軽度の症状の有無は問わない	身の回りの日常生活動作の制限を要する体表面積の>30%を占める紅色丘疹および/または膿疱で、中等度または高度の症状を伴う、経口抗菌薬を要する局所の重複感染	生命を脅かす；紅色丘疹および/または膿疱が体表のどの程度の面積を占めるかによらず、そう痒や圧痛の有無も問わないが、抗菌薬の静脈内投与を要する広範囲の局所の二次感染を伴う
皮膚乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	体表面積の<10%を占め、紅斑やそう痒は伴わない	身の回り以外の日常生活動作を制限する体表面積の10-30%を占め、紅斑またはそう痒を伴う乾燥がある	身の回りの日常生活動作を制限する体表面積>30%を占め、そう痒を伴う乾燥がある	-
皮膚掻痒症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	軽度または限局性の掻痒があり局所的治療が必要	身の回り以外の日常生活動作の制限があり広範囲かつ間欠性、掻破による皮膚変化があり内服治療が必要	広範囲かつ常時症状があり、身の回りの日常生活動作や睡眠が制限され副腎皮質ステロイドの全身投与または免疫抑制療法が必要	-
爪囲炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	浮腫や紅斑；角質の剥離がある	身の回り以外の日常生活動作の制限があり局所的治療を要する；内服治療を要する；疼痛を伴う浮腫や紅斑、滲出液や爪の分離がある	身の回りの日常生活動作を制限する、外科的処置を要する；抗菌薬の静脈内投与を要する	-
疼痛	NRS: /10 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	軽度の疼痛がある	身の回り以外の日常生活を制限する中等度の疼痛がある	身の回りの日常生活動作を制限する高度の疼痛がある	-
その他 []	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	症状の詳細（副作用のGradeが判断できる場合はそのGradeも記載してください）			

薬剤師としての提案事項・その他報告事項

-----以下病院記載欄-----

(化学療法室薬剤師) 担当薬剤師名 :

内容確認し、医師に報告・情報共有しました。

その他 :