

## 抗がん剤治療に関する患者情報提供書(薬剤師→処方医)

※ 本FAXは即時対応しておりません。お問い合わせは、各診療科に電話連絡にてお願いいたします。

さいたま赤十字病院

診療科名

医師宛

情報提供元保険薬局の所在地および名称

電話

FAX

保険薬剤師名

|      |           |                  |       |
|------|-----------|------------------|-------|
| 患者ID |           | レジメン名又は<br>抗がん剤名 |       |
| 患者名  | 男・女       | レジメン施行日          | 年 月 日 |
| 生年月日 | 年 月 日 (生) | 確認日              | 年 月 日 |

| 有害事象                        | 該当なし                     | グレード1                                                 | グレード2                                                           | グレード3                                                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 悪心(吐き気)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 食事量に影響のない<br>食欲低下がある。        | <input type="checkbox"/> 明らかな体重減少(1kg程度以上)や<br>脱水はない。食事量は減少する。  | <input type="checkbox"/> 食事量や飲水量が十分でない。<br>入院して点滴治療等が必要である。    |
| 嘔吐                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 症状が軽く、経過をみる事が<br>可能である。      | <input type="checkbox"/> 外来での点滴治療や内服治療が必要<br>である。               | <input type="checkbox"/> 入院して点滴治療等が必要である。                      |
| 口腔粘膜炎<br>(口内炎)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 症状が軽く、<br>経過をみる事が可能である。      | <input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍がある。食事内容は症状<br>に合わせる必要がある。食事は取れる。 | <input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事が取れない。                        |
| 味覚障害                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 食事量の減少しない<br>味覚変化がある。        | <input type="checkbox"/> 不快な味や味覚がなくなる等の<br>食事量に影響する味覚変化がある。     |                                                                |
| 便秘                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 時々下剤等を使用する。                  | <input type="checkbox"/> 毎日下剤等を使用する。<br>日常生活に影響は少ない。            | <input type="checkbox"/> 排便する必要がある。<br>日常生活に影響がある。             |
| 下痢                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が<br>1日3回の範囲内で増える。 | <input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日4-6回<br>増える。日常生活に影響は少ない。  | <input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日7回以上<br>に増える。日常生活に影響がある。 |
| 倦怠感                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。                    | <input type="checkbox"/> 中程度のだるさがあるが、<br>日常生活に影響は少ない。           | <input type="checkbox"/> 強いだるさがあり、<br>日常生活に影響がある。              |
| 関節痛                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽い痛みがある。                     | <input type="checkbox"/> 中程度の痛みがあるが、<br>日常生活に影響は少ない。            | <input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、<br>日常生活に影響がある。               |
| 筋肉痛                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽い痛みがある。                     | <input type="checkbox"/> 中程度の痛みがあるが、<br>日常生活に影響は少ない。            | <input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、<br>日常生活に影響がある。               |
| 末梢性感覚<br>ニューロパチー<br>(手足の痺れ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽い症状がある。<br>日常生活に影響がない。      | <input type="checkbox"/> 中程度の症状があるが、<br>日常生活に影響は少ない。            | <input type="checkbox"/> 強い症状があり、<br>日常生活に影響がある。               |

その他  
(服薬状況等含む)

&lt;今回医師に伝えたい事項&gt;

&lt;今回指導した内容・提案事項等&gt;