FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

東北大学病院　御中 　　 報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**【CDK4/6阻害薬】服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科先生　御机下 | 保険薬局名：所在地：**〒** |
| 患者ID：患者名： 様 | 電話番号：  |
| FAX番号：  |
| 担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（[ ] かかりつけ薬剤師　　　[ ] 非　） |
| [ ]  この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。[ ]  この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 |
| MMWIN関連情報　（[ ]  MMWIN登録患者　（[ ]  検査値　[ ]  カルテ情報　[ ]  その他（　　　　　　　　　））\*:当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。 |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| **【薬剤】** | [ ] イブランス　　　　　　[ ] ベージニオ |
| 服用開始　　[ ] 1週目　　　　[ ] 2週目　　　　[ ] 3週目　　　　[ ] （　　　　　　　）週目 |
| **【フォローアップ】** | [ ] 実施（実施日　　　　　　　　　　）　　　聞き取り方法　　　[ ] 電話　　　　　　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| [ ] 実施不可（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【アドヒアランス】** | [ ] 良好　　　[ ] 時々忘れる　　　[ ] 忘れる　　　[ ] 拒薬あり　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【副作用モニタリング（CTCAE v5.0）】**※色がついている部分に該当した場合は乳腺外来への連絡を患者さんへ促してください 。

□連絡を促した □薬剤師が代理で連絡（連絡先:　　　　　　　　　　　　） →いずれの場合もトレーシングレポートを送付願います

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grade | 0 | 1 | 2 | 3 |
| [ ] 発熱症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし　 | [ ] ３８－３９℃　　　 | [ ] ３９－４０℃　 | [ ] ４０℃＜ |
| [ ] 咳嗽 症状発現日(　 月　　日) | □なし | □軽度の症状　　 | □身の周り以外の日常生活に制限　 | [ ] 身の回りの日常生活に制限 |
| [ ] 呼吸困難症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 中等度労作時の息切れ　 | [ ] 極めて軽度の労作に伴う息切れ　　 | [ ] 安静時の息切れ |
| [ ] 下痢回数（ベースラインと比較） | [ ] なし | [ ] ＋１～３回/日　　 | [ ] ＋４～６回/日　 | [ ] ＋７回以上/日 |
| [ ] ロペラミド使用回数　　　　　　　　 | [ ] なし | [ ] １～３個/日 | [ ] ４～６個/日 | [ ] ８個以上/日 |
| [ ] 食欲不振・悪心症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下　 | [ ] 著明な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 | [ ] 著明な体重減少や栄養失調を伴う摂食量の変化　 |
| [ ] 口腔粘膜炎症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 症状がない、または軽度の症状 | [ ] 食事の変更を要する | [ ] 経口摂取に支障がある |
| [ ] その他の症状　　症状発現日(　 月　　日) | 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【薬剤師としての所見】　[ ] **提案事項あり** |

**（2024年1月 更新）**