FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

東北大学病院　御中 　　 報告日：　20　　年　　　月　　　日

**【抗がん薬関連(CTCAE版)】服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科　先生　御机下 | 保険薬局名：所在地：〒 |
| 交付年月日　　20 年 月 日 | 電話番号：  |
| 処方No. | FAX番号：  |
| 患者ID：患者名： 様 | 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。

|  |  |
| --- | --- |
| **【治療内容】** | **（　 　）療法** |
| **【確認時期】** | [ ] **外来服薬指導時** [ ] **電話確認時（確認日　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **【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病院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。 |
| **症状****（発現日）** | **Grade** | **0** | **1** | **2** | ※年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限 | **3**  | ※※身の回りの日常生活動作の制限 |
| **発熱**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 38-39℃ | [ ]  | 39-40℃ | [ ]  | 40℃＜ |
| **咳嗽**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 軽度の症状 | [ ]  | 中等度の症状／※ | [ ]  | 咳が止まらない／※※ |
| **息切れ、息苦しい**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 中等度労作時の息切れ | [ ]  | 軽度の労作に伴う息切れ | [ ]  | 安静時の息切れ |
| **高血圧**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 収縮期120-139拡張期80-89 | [ ]  | 140-15990-99 | [ ]  | 160以上100以上 |
| **悪心・食欲不振**（　　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**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 症状がない～軽度の症状 | [ ]  | 痛みあり／食事の変更を要する | [ ]  | 痛みが強く、食事や水分がとれない |
| **下痢回数**(日常との差)（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | ＋1～3回／日 | [ ]  | ＋4～6回／日 | [ ]  | ＋7回／日以上 |
| **便秘**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | たまに症状あり／不定期な緩下剤の使用 | [ ]  | 症状が持続／定期的な緩下剤の使用／※ | [ ]  | 摘便を要する／※※ |
| **疲労・倦怠感**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 休息により軽快 | [ ]  | 休息により軽快しない／※ | [ ]  | 休息により軽快せず※※ |
| **末梢神経障害**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 症状がない／臨床所見や検査所見のみ | [ ]  | 中等度の症状／※ | [ ]  | 高度の症状／※※ |
| **手足症候群**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 痛みなし・軽度の皮膚の変化 | [ ]  | 痛みを伴う皮膚の変化／※ | [ ]  | 痛みを伴う高度の皮膚の変化／※※ |
| **皮膚症状**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  | 軽度の症状 | [ ]  | 外用または内服治療を要する／※ | [ ]  | 重症／※※ |
| **眼症状**（　　月　　日） | [ ]  | なし | [ ]  流涙 [ ]  目の違和感 [ ]  かすみ目 |
| **その他の症状**（　　月　　日） |  |
| **【その他】** | [ ]  服薬状況[ ]  残薬報告[ ]  服薬指導内容[ ]  （　 　） |
| **【薬剤師としての所見】** [ ]  提案事項あり |

**（2024年1月更新）**