

がん化学療法情報提供書(分子標的薬、殺細胞性抗がん剤+分子標的薬用)

※ 免疫チェックポイント阻害剤との併用の場合は、がん化学療法情報提供書(免疫チェックポイント阻害剤用)を併用して下さい。

担当医 ○○科 ○○△△先生	保険薬局 名称: ○△薬局 所在地: 兵庫県○○市△△ 11-22 Tell, FAX: Tell 111-222-333 , FAX 444-555-666 担当薬剤師名: □□☆☆
患者ID: 888-999 患者名: ××◎◎	
確認日: RO.O.O	確認方法: <input checked="" type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他 ()

●副作用の評価(治療開始前と比較): 〇〇の症状は重大な副作用の可能性が考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いいたします。各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未記入として下さい。

薬剤名: **アービタックス**

ドロッピングにより薬剤を選択。薬剤の一覧は薬剤別副作用のシートに記載。選択した薬剤の副作用項目も薬剤別副作用のシートに記載。

体重の変化→ なし あり【前回: 60 kg (測定日 RO.△.△) →今回: 60 kg(測定日 RO.□.□)】

発熱(腋窩37.5℃以上)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
間質性肺疾患(空咳・呼吸苦・軽動作での息切れ等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

該当なし	Grade1	Grade2	Grade3
<input checked="" type="checkbox"/> 悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 治療を要さない 5つの副作用項目はデフォルトとなっています。	<input type="checkbox"/> 外来での静脈内栄養を要する; 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input checked="" type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="checkbox"/> 症状がない、または軽度の症状; 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛; 経口摂取に支障がある
<input checked="" type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 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; 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状; 便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/洗腸を不定期に使用 この項目はドロッピングで副作用の選択が可能となっています。	<input type="checkbox"/> 緩下薬または洗腸の定期的な使用を要する持続的状況; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 排便を要する頑固な便秘; 身の回りの日常生活動作の制限
<input checked="" type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占める紅色丘疹または膿疱でそう痒や疼痛の有無は問わない	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占める紅色丘疹または膿疱で、中等度、高度の症状を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占める紅色丘疹または膿疱で、中等度、高度の症状を伴う; 身の回りの日常生活動作の制限
<input type="checkbox"/> 皮膚乾燥	<input checked="" type="checkbox"/> 体表面積の<10%を占め、紅斑やそう痒は伴わない 4つの項目は選択した分子標的薬毎に副作用項目が変化(Grade表記可能な副作用)	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%を占め、紅斑またはそう痒を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30%を占め、そう痒を伴う; 身の回りの日常生活動作の制限
<input checked="" type="checkbox"/> そう痒症	<input type="checkbox"/> 軽度または局所性; 局所的治療を要する	<input type="checkbox"/> 広範囲かつ間欠性; 掻破による皮膚の変化(例: 浮腫、丘疹形成、掻過など); 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 広範囲かつ常時; 身の回りの日常生活動作や睡眠の制限
<input checked="" type="checkbox"/> 爪囲炎	<input type="checkbox"/> 爪壁の浮腫や紅斑; 角質の剥離	<input type="checkbox"/> 局所的治療を要する; 疼痛を伴う爪壁の浮腫や紅斑; 滲出液や爪の分離を伴う; 身の回り以外の日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 外科的処置を要する; 抗菌薬の静脈内投与を要する; 身の回りの日常生活動作の制限
低Mg血症(悪心、脱力、振戦、傾眠、筋痙攣など)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
血栓塞栓症(胸痛、意識障害、言語障害、麻痺など)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
心障害(動悸、息切れ、頻脈、末梢性浮腫など)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む) 3つの項目は選択した分子標的薬毎に副作用項目が変化(Grade表記が難しい副作用) 間質性肺疾患が警告に記載がある薬剤は、注意喚起のため再度項目に挙げています。

経口抗がん剤または支持療法の有無: あり なし 薬剤名: _____ 残薬: _____

服薬状況: 継続服用できている 継続服用できていない その他()

継続服用できていない理由: 副作用 飲み忘れ 用法用量の理解不足 その他()

●その他特記事項(処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)

- 各分子標的薬の副作用項目は適正使用ガイドを参考に、“特に注意が必要な副作用”に記載されている副作用を項目にしています。項目が少ない薬剤は、頻度が比較的高い副作用を項目にあげました。
- Infusion reactionや腫瘍崩壊症候群は、発現時期が投与直前~2日のためテレフォンフォローアップ時にはほとんどないと想定されるため省略しています。