



## 特定薬剤管理指導加算 2

報告日： 年 月 日

&lt;保険薬局の皆さまへ&gt;

**緊急を要する場合 (Grade3 以上の副作用など) は医薬品情報室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 :	電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 :
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 <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。	

## ●レジメン名【 】 化学療法実施日 (day1) 【 月 日】

確認方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り
確認日時	月 日 時 Day ( )
経口抗がん薬 服薬状況	<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"/> 副作用 ( ) <input type="checkbox"/> 治療に消極的
支持療法薬の 服薬状況	<input type="checkbox"/> 服用できている <input type="checkbox"/> 服薬しないことあり 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 ( )

## ●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

副作用を確認し、症状がある場合は該当する 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
悪心	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	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"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
食欲不振	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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
倦怠感	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	—
口内炎	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	軽度の疼痛	中等度の疼痛；身の回り以外の日常生活動作の制限	高度の疼痛；身の回りの日常生活動作の制限	—

副作用	症状有無	Grade1	Grade2	Grade3	Grade4
便秘	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	緩下薬または浣腸の定期的 使用を要する持続的症狀； 身の回り以外の日常生活動 作の制限	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	生命を脅かす； 緊急 処置を要する
下痢	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	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	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	生命を脅かす； 緊急 処置を要する
咳	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	軽度の症状； 市販の 医薬品を要する	中等度の症状； 内科的治療 を要する； 身の回り以外の 日常生活動作の制限	高度の症状； 身の回りの日常 生活動作の制限	—
呼吸 困難	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	中等度の労作に伴う 息切れ	極めて軽度の労作に伴う息 切れ； 身の回り以外の日常 生活動作の制限	安静時の息切れ； 身の回りの 日常生活動作の制限	生命を脅かす； 緊急 処置を要する
以下は、投与されている抗がん剤により必要がある場合は確認をお願いいたします。					
末梢神 経障害	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	症状がない	中等度の症状； 身の回り以 外の日常生活動作の制限	高度の症状； 身の回りの日常 生活動作の制限	生命を脅かす； 緊急 処置を要する
手足 症候群	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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）	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 の回り以外の日常生活動作 の制限	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）；身 の回りの日常生活動作の制限	—
ざ瘡様 皮疹	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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	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；身の回り以外の日 常生活動作の制限； 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	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； 身の回りの日常生活動作の制 限； 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
その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 未確認 <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-----

(通院治療室薬剤師)

内容確認し、医師に報告・情報共有しました。

その他：