

## がん化学療法情報提供書(殺細胞性抗がん剤用)

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✓または〇をしてください。未確認の症状は未記入として下さい。

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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
間質性肺炎(咳嗽・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	Grade 1	Grade 2	Grade 3
<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	<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 checked="" type="checkbox"/> 倦怠感	<input 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 type="checkbox"/> 食欲不振(食欲低下)	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴う; 静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する
<input checked="" type="checkbox"/> 口腔粘膜炎症(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重度増加; 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/日の排便回数の増加; 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 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/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下薬または浣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"/> 手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群) 部位: <input type="checkbox"/> 手 ・ <input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 末梢性感覚ニューロパシー 部位: <input type="checkbox"/> 手 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 足 症状: <input checked="" type="checkbox"/> 感覚性 <input type="checkbox"/> 運動性	<input type="checkbox"/> 症状がない	<input checked="" type="checkbox"/> 中等度の症状; 身の回り以外の日常生活動作の制限 (症状: 手先がピリピリして痛い )	<input type="checkbox"/> 高度の症状; 身の回りの日常生活動作の制限 (症状: )
<input type="checkbox"/> 味覚不全(味覚障害)	<input checked="" type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない味覚変化	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴う味覚の変化(例: 経口サプリメント); 不快な味; 味の消失	<input type="checkbox"/> -
<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -

CTCAE v5.0-JCOG[CTCAE v5.0/MedDRA v20.1(日本語表記:MedDRA/J v22.1)対応]を一部変更

## ●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む)

経口抗がん剤または支持療法の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 薬剤名: カペシタビン錠300mg	残薬: <input type="checkbox"/> 錠
服薬状況: <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input checked="" type="checkbox"/> 継続服用できていない <input type="checkbox"/> その他( )	
継続服用できていない理由: <input type="checkbox"/> 副作用 <input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他( )	
5日目の朝にカペシタビン錠を1回分飲み忘れがあったようです。それ以降は継続服用できています。便秘に対して処方となったマグミット(3錠 分3)により便秘は軽快したとのことです。保湿剤について確認すると、ほとんど行えていないようでしたので保湿の重要性について再度指導を行いました。受診時に再度ご確認いただければ幸いです。	

## ●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)

投与7日目に電話にて問診を行いました。オキサリプラチンによる疼痛を伴う神経障害を聴取しました。患者様から神経障害について薬があるなら試してみたいとの希望もありましたので、デュロキセチンはどうでしょうか。神経障害に対する処方提案のご考慮よろしくお願いたします。投与3-4日目に食欲低下はありましたが、普段どおりの食事を1日3食(6-7割)食べれていたようです。体重の変動は上記のとおりなかったようです。よろしくお願いたします。