

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)

担当医 ○○科 ○○△△先生	保険薬局 名称: ○△薬局 所在地: 兵庫県○○市△△ 11-22 Tel, FAX: Tel 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): 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。

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.□.□)】

全身症状	発熱(腋窩37.5℃以上)	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	腎	尿回数の変化: <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	
	倦怠感、疲労	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり		神経・筋	尿の色調変化()	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	悪心・嘔吐、食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり			手足の痺れ	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
痛み 部位: <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 手足	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	瞼が重い	<input checked="" type="checkbox"/>		なし	<input type="checkbox"/>	あり		
呼吸器	息切れ、息苦しい	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	目	手足の脱力感	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	
	咳がでる(空咳)	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり		白目が黄色になる	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	
消化器	1日4回以上の下痢の増加	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり		皮膚	二重に見える	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	血便、黒色便	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	目が充血する		<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	
内分泌	口渇	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	皮膚がただれる(口腔など)		<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	
	気分が低下	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	広範囲の紅斑、水ぶくれ	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり		
	水分を多く欲しくなる	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	皮膚がかゆい	<input type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり		
	動悸がする	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	発疹がある	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり		
	汗を多くかく、暑がり	<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)

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: ヒルドイドソフト軟膏	残薬: <input type="checkbox"/>
服薬状況の確認: <input checked="" type="checkbox"/> 継続服用できている <input 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 type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他()		
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)

--