

報告日： 年 月 日

FAX送信先： FAX番号： - -

フォローアップシート：抗がん薬

処方せん発行日	年 月 日	保険薬局 名称・所在地
処方医	科 先生	
患者ID：		電話番号：
患者氏名：	様	FAX番号：
生年月日：	年 月 日	担当薬剤師名： 印
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。		

情報提供書の対象薬剤名・レジメン名： ツカチニブ・カペシタビン・トラスツズマブ

1. 服薬状況

 良好 やや不良 不良 ※良好以外の場合、「その他」の欄に理由を記載してください。

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 発熱（なし あり） 【特記事項】	■ 倦怠感（なし あり） <input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない <input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される <input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される
■ 手足症候群（なし あり 部位： ） <input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない皮膚の変化・皮膚炎 <input type="checkbox"/> Grade2 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り以外の日常生活の制限 <input type="checkbox"/> Grade3 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回りの日常生活の制限	■ 下痢（なし あり ブリストルスケール： ） <input type="checkbox"/> Grade1 1日あたり4回未満の排便回数増加 <input type="checkbox"/> Grade2 1日あたり4～6回の排便回数増加 <input type="checkbox"/> Grade3 1日あたり7回以上の排便回数増加
■ 食欲不振（なし あり 原因： ） <input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下 <input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 <input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	■ 悪心（なし あり） <input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣に影響のない食欲低下 <input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 <input type="checkbox"/> Grade3 カロリーや水分の経口摂取が不十分
■ 口内炎（なし あり） <input type="checkbox"/> Grade1 症状がない、または軽度の症状 <input type="checkbox"/> Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍 <input type="checkbox"/> Grade3 高度の疼痛；経口摂取に支障がある	■ 味覚障害（なし あり） <input type="checkbox"/> Grade1 食生活の変化を伴わない味覚変化 <input type="checkbox"/> Grade2 食生活の変化を伴う味覚変化 <input type="checkbox"/> Grade3 設定なし
● 浮腫；むくみ（なし あり） 【特記事項】 ※むくみの場所など	■ 呼吸困難（なし あり） <input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ <input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ <input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ

※副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒ 受診を勧めた

3. その他（カペシタビン・ツカチニブ服薬状況、手足症候群の外用薬使用状況、副作用の補足、処方・検査提案など）

--