

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: 所在地: Tel、FAX: 担当薬剤師名:
患者ID: 患者名:				
確認日:	確認方法:□テレフォンフォローアップ時 □ 投薬時 □ 在宅訪問時 □ 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: kg(測定日) →今回: kg(測定日)】

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