

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		保険薬局 名称:	
科	先生	所在地:	
患者ID:		Tell、FAX:	
患者名:		担当薬剤師名:	
確認日:	確認方法: <input 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: kg(測定日 )→今回: kg(測定日 )】

全身症状	発熱(腋窩37.5℃以上)	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	倦怠感、疲労	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	悪心・嘔吐、食欲不振	<input 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 type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
呼吸器	息切れ、息苦しい	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	咳がでる(空咳)	<input 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 type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	血便、黒色便	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
内分泌	口渇	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	気分が低下	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	水分を多く欲しくなる	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	動悸がする	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	汗を多くかく、暑がり	<input 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 type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	尿の色調変化( )	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
神経・筋	手足の痺れ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	脛が重い	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	手足の脱力感	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
目	白目が黄色になる	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	二重に見える	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	目が充血する	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
皮膚	皮膚がただれる(口腔など)	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	広範囲の紅斑、水ぶくれ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	皮膚がかゆい	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	発疹がある	<input 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬剤名:	残薬:
服薬状況の確認: <input 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( )		
<div></div>		

●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)

注意:本情報提供書による情報伝達は、医療照会ではありません。