

報告日： 2019 年 11 月 24 日

FAX送信先： ●●●●●●

FAX番号： 075 - 999 - 999

フォローアップシート：抗がん薬

処方せん発行日	2019 年 11 月 17 日	保険薬局 名称・所在地
処方医	消化器外科 ●● ●● 先生	東山薬局
患者ID： 256-403-7519	電話番号： 075-111-111	
患者氏名： 平 安子	FAX番号： 075-222-222	
生年月日： 1960 年 10 月 23 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 ☒ 得た ☐ 得ていない		
☐ 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。		

1. 服薬状況（情報提供書の対象薬剤名： ゼローダ ）
☐ 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】

■ 呼吸困難（なし）あり）

- ☐
- Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
-
- ☐
- Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
-
- ☐
- Grade3 安静時の息切れ

● 出血（なし）あり）

【特記事項】 ※出血部位など

■ 倦怠感（なし）あり）

- ☐
- Grade1 だるさがある、または元気がない
-
- ☒
- Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
-
- ☐
- Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

■ 食欲不振（なし）あり 原因： ）

- ☐
- Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
-
- ☐
- Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化
-
- ☐
- Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う

■ 嘔吐（なし）あり）

- ☐
- Grade1 24時間に1～2エピソードの嘔吐
-
- ☐
- Grade2 24時間に3～5エピソードの嘔吐
-
- ☐
- Grade3 24時間に6エピソード以上の嘔吐

■ 味覚障害（なし）あり）

- ☐
- Grade1 食生活の変化を伴わない味覚変化
-
- ☐
- Grade2 食生活の変化を伴う味覚変化
-
- ☐
- Grade3 設定なし

■ 口内炎（なし）あり）

- ☒
- Grade1 わずかな症状で摂食に影響なし
-
- ☐
- Grade2 症状があるが、食べやすく加工した食事を摂取できる
-
- ☐
- Grade3 症状があり、十分な栄養や水分の経口摂取ができない

■ 下痢（なし）あり ブリストルスケール： ）

- ☐
- Grade1 3回/日未満
-
- ☐
- Grade2 4～6回/日
-
- ☐
- Grade3 7回/日以上

● 発疹・皮膚症状（なし）あり）

【特記事項】 ※部位、症状など

■ 手足症候群（なし）あり 部位：両手、両足底）

- ☒
- Grade1 疼痛を伴わない皮膚の変化・皮膚炎
-
- ☐
- 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
-
- ☒
- Grade3 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回りの日常生活の制限

【シート作成のポイント】
 内服薬がゼローダのため、手足
 症候群の項目を追加しています。

※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（治療上の悩みや不安、服薬状況・副作用の補足、処方・検査提案など）

ゼローダの副作用のため、自己判断で休薬していた時期がありました。
 手足症候群は、手はGrade1、足底はGrade3と評価しています。手足症候群の症状と訴えが強いので外来受診を勧め
 ています。皮膚科受診やゼローダの減量なども合わせてご検討・ご確認をお願いします。