

報告日： 2022 年 9 月 14 日

FAX送信先： ●●●●●●

FAX番号： 075 - 999 - 9999

フォローアップシート：抗がん薬

処方せん発行日	2022 年 9 月 7 日	保険薬局 名称・所在地	西京薬局
処方医	消化器内 科 ●● ●● 先生		
患者ID： 123-456-789		電話番号： 075-123-1235	
患者氏名： 洛西 次郎 様		FAX番号： 075-234-2345	
生年月日： 1956 年 4 月 3 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。			

情報提供書の対象薬剤名・レジメン名： Ramucirumab+FOLFIRI

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】

■ 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

● 発疹・皮膚症状（（なし）あり）

【特記事項】 ※部位、症状など

■ 高血圧（なし（あり）： 155/ 93 mmHg）

- ☐ Grade1 120～139/80～89mmHg
☒ Grade2 140～159/90～99mmHg
☐ Grade3 160/100mmHg以上

● 蛋白尿；尿の泡立ち（（なし）あり）

【特記事項】

■ 嘔吐（（なし）あり）

- ☐ Grade1 治療を要さない
☐ Grade2 外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する
☐ Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する

■ 下痢（なし（あり） ブリストルスケール：6 ）

- ☐ Grade1 1日あたり4回未満の排便回数増加
☒ Grade2 1日あたり4～6回の排便回数増加
☐ Grade3 1日あたり7回以上の排便回数増加

■ 口内炎（（なし）あり）

- ☐ Grade1 症状がない、または軽度の症状
☐ Grade2 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍
☐ Grade3 高度の疼痛；経口摂取に支障がある

■ 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

■ 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

※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

【シート作成のポイント】ラムシルマブはVEGF阻害薬であるため、VEGF阻害薬のシートを選択。
 FOLFIRI療法で使用するイリノテカン、フルオロウラシルは細胞障害性抗がん薬であるため、
 嘔吐、下痢、口内炎、味覚障害、食欲不振を追加してシートを作成した。