

報告日： 2022年 9月 25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 16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	075-111-1111
患者氏名	平 安子 様	FAX番号	075-222-2222
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 <input checked="" 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： カペシタビン

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（ <u>なし</u> あり）	■ 呼吸困難（ <u>なし</u> あり）
【特記事項】	<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
● 出血（ <u>なし</u> あり）	■ 倦怠感（ <u>なし</u> あり）
【特記事項】 ※出血部位など	<input checked="" 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
● 発疹・皮膚症状（ <u>なし</u> あり）	■ 下痢（ <u>なし</u> あり） ブリストルスケール：（ ）
【特記事項】 ※部位、症状など	<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（ <u>なし</u> あり）原因：（ ）	■ 嘔吐（ <u>なし</u> あり）
<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	<input type="checkbox"/> Grade1 治療を要さない <input type="checkbox"/> Grade2 外来での静脈内輸液を要する：内科的治療を要する <input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する
■ 口内炎（ <u>なし</u> あり）	■ 味覚障害（ <u>なし</u> 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	<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 食生活の変化を伴う味覚変化
■ 手足症候群（ <u>なし</u> あり）部位：両足底	■ 味覚障害（ <u>なし</u> あり）
<input type="checkbox"/> Grade1 疼痛を伴わない皮膚の変化・皮膚炎 <input checked="" 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	

【シート作成のポイント】
カペシタビンの特徴的な副作用である手足症候群を追加。

※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）

カペシタビンの副作用のため、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。皮膚科受診やカペシタビンの減量なども合わせてご検討・ご確認をお願いします。

※スペースが足りない場合はトレーシングレポートに記入し、一緒に送信してください。