

報告日： 2022年 9月 16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 9日	保険薬局 名称・所在地
処方医	呼吸器内科 ●● ●● 先生	上京薬局
患者ID	235-243-100	電話番号： 075-789-9873
患者氏名	東山 龍子 様	FAX番号： 075-741-8523
生年月日	1953年 5月 24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： アファチニブ

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

■ 下痢（なしあり ブリストルスケール： ）

- 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

■ 爪囲炎（なしあり部位：左手指）

- Grade1 爪襞の浮腫や紅斑；角質の剥脱
 Grade2 身の回り以外の日常生活動作の制限
 Grade3 身の回りの日常生活動作の制限

【シート作成のポイント】

アファチニブはEGFR阻害薬用フォローアップ
シートの副作用項目をカスタマイズせずに使用。

※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）

アファチニブ減量後、下痢は改善傾向です。手指の症状が強くなっているようなので、ステロイド外用薬の追加処方を検討していただきましたら幸いです。