

| 服薬情報提供書 (トレーシングレポート) << EGFR-TKI >> |  |
|-------------------------------------|--|
| 患者ID:<br>患者氏名:<br>生年月日:             | 保険薬局 名称・所在地<br><br><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 1.2em;">資料2-1</div> |

下記の通りお薬サポートを行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡       患者から薬局へ連絡 ( 問い合わせ )       投薬時

聞き取り日: H\_\_年\_\_月\_\_日 ( ) \_\_時\_\_分 ~ \_\_時\_\_分      担当薬剤師名 ( 薬局 ): \_\_\_\_\_

対応者:  本人     家族

レジメン: \_\_\_\_\_

服用開始日: H\_\_年\_\_月\_\_日 ( day )

アドヒアランス:  良     不良 ( 飲み忘れ回数    回    その他 : \_\_\_\_\_ )

| 有害事象                | 未確認  | 無 | 有・グレード | 備考・指導内容  |
|---------------------|--|---|--------|--|
| 下痢                  |  |   |        | 頻度:    回/日<br>ロペラミド内服頻度:    回/日 残数:    Cap、水分摂取量: コップ    杯程度<br>支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した<br>※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど |
| 口内炎                 |  |   |        | ※含嗽水 (アズノールなど) 使用法、口腔ケア指導など  |
| 食欲不振                |  |   |        | 食事摂取量    % ( 抗がん薬開始前と比較 )<br>体重減少 ( 現在の受診日より    kg )<br>※食事の摂り方の指導   |
| 全身倦怠感 ( だるさ )       |  |   |        | <input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている<br>※日常生活に支障が出ている場合は病院へ直接連絡  |
| ざ瘡様皮疹               |  |   |        | 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した<br>※直射日光、肌への刺激の回避、保湿など  |
| 乾燥                  |  |   |        | 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した   |
| 爪囲炎                 |  |   |        | 支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した<br>※保湿、洗浄、ガーゼ保護、テーピングなど<br>部位 ( どの手足の第何指か ): _____  |
| その他<br>身体症状<br>指導内容 | <input type="checkbox"/> 味覚異常: ( G ) ・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 空咳 ( 有 ・ 無 ) |   |        |  |

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

その他報告事項 ( 処方提案等 )

< 注意 > 緊急性のある情報提供に関しては外来化学療法室への直通電話を利用させていただきます。

病院記載欄:  FAX 受付内容チェック済      担当薬剤師名 ( 病院 ) \_\_\_\_\_

| 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)    | 《 マルチキナーゼ阻害薬 》  |
|-------------------------|---|
| 患者ID:<br>患者氏名:<br>生年月日: | 保険薬局 名称・所在地<br><br><br><div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">資料2-2</div> |

下記の通りお薬サポートを行いましたのでご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬局から患者へ連絡     
  患者から薬局へ連絡 ( 問い合わせ )     
  投薬時

聞き取り日: H 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分      担当薬剤師名 ( 薬局 ): \_\_\_\_\_

対応者:  本人     家族

レジメン: \_\_\_\_\_

服用期間: 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) / 休薬期間: 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

アドヒアランス:  良     不良 ( 飲み忘れ回数 回 その他: \_\_\_\_\_ )

| 有害事象                | 未確認 | 無 | 有・グレード | 備考・指導内容   |
|---------------------|-----|---|--------|---|
| 食欲不振                |     |   |        | 食事摂取量 % ( 抗がん薬開始前と比較 )<br>体重減少 ( 現在の受診日より _____ kg )<br>※食事の摂り方の指導  |
| 下痢                  |     |   |        | 頻度: _____ 回/日<br>ロペラミド内服頻度: _____ 回/日 残数: _____ Cap , 水分摂取量: コップ _____ 杯程度<br>支持療法 : <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した<br>※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど               |
| 口内炎                 |     |   |        | ※含嗽水 ( アズノール など ) 使用法、口腔ケア指導など  |
| HFS<br>( 手足症候群 )    |     |   |        | 場所: <input type="checkbox"/> 手 ( 右: _____ / 左: _____ ) , <input type="checkbox"/> 足 ( 右: _____ / 左: _____ )<br>症状発現日: _____ 月 日<br>※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど   |
| 高血圧                 |     |   |        | 血圧測定の実施: <input type="checkbox"/> 有 , <input type="checkbox"/> 無<br>本日の血圧: ( _____ / _____ ) , 前回受診日からの最高血圧: ( _____ / _____ )<br>※頭痛や動機などの随伴症状ある場合は病院へ直接連絡   |
| 浮腫                  |     |   |        | 体重増加 : ( + _____ kg : 浮腫前と比較 ) 場所 : ( _____ )<br>※疼痛伴う浮腫の場合は病院へ直接連絡   |
| 全身倦怠感<br>( だるさ )    |     |   |        | <input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている<br>※日常生活に支障が出ている場合は病院へ直接連絡   |
| その他<br>身体症状<br>指導内容 |     |   |        | <input type="checkbox"/> 味覚異常: ( G _____ ) ・無 <input type="checkbox"/> 悪心: ( G _____ ) ・無 <input type="checkbox"/> 尿の泡立ち: 有 ・ 無<br><input type="checkbox"/> 呼吸苦 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 空咳 ( 有 ・ 無 ) |

※グレード評価はCTCAE ver4.0に基づいて行っています。

その他報告事項 ( 処方提案等 )

< 注意 > 緊急性のある情報提供に関しては外来化学療法室への直通電話を利用させていただきます。

病院記載欄 :  FAX 受付内容チェック済      担当薬剤師名 ( 病院 ) \_\_\_\_\_