

# 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や副作用グレード3の場合、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	イリノテカン,フルオロウラシル,レボホリナート		
処方医	科	先生 御机下	処方日
診察券番号			報告日
患者氏名		様	聞き取り日
患者生年月日	年	月	日
薬局・医療機関名			聞き取り方 <input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
ご担当者/ご連絡先			情報提供の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
			受診勧奨の有無 <input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし

発現時期	副作用	副作用グレード 0:なし 1:軽度 2:中等度 3:重度			
	吐き気	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 吐き気はあるが食事はほぼいつも通り食べられる	<input type="checkbox"/> 2 : 吐き気があり食事量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 吐き気により食事や水分が摂れず、体重が減少した
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 1日に1~2回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 2 : 1日に3~5回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 3 : 1日に6回以上嘔吐する
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 食欲低下はあるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 2 : 食事量、水分摂取量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 食事や水分が摂れず、著しい体重減少や脱水（皮膚・口の乾燥など）がある
	下痢	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 排便回数が普段と比べ1日に1~3回増えた。ストーマからの排泄量が少し増加した	<input type="checkbox"/> 2 : 排便回数が普段と比べ1日に4~6回増えた。ストーマからの排泄量がやや増加した（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 排便回数が普段と比べ1日に7回以上増えた。ストーマからの排泄量が大きく増加した
	便秘	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 緩下剤を使用し1~3日に1回排便がある	<input type="checkbox"/> 2 : 緩下剤を使用しても3日を超えて排便がない、浣腸を要する	<input type="checkbox"/> 3 : 下剤、浣腸を使用しても排便がない、排便を要する
	腹痛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、やや強い痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある痛みを生じている
	口内炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがあるが、食事の工夫は必要ない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みがあり、食事の工夫が必要である	<input type="checkbox"/> 3 : 痛みが強く食事が摂れない
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : だるいが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : だるく、日常生活が制限される	<input type="checkbox"/> 3 : だるく、身の回りのことをするのも難しい
	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痺れや違和感がある	<input type="checkbox"/> 2 : 痺れや違和感があり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 痺れや違和感があり日常生活が困難である
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥、しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ、チクチク感、痛みのない皮膚の赤みや腫れがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みを伴う赤み・腫れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が剥がれ落ちる、ひび割れ、ただれや傷、水ぶくれ、強い痛みがあり日常生活を送ることが困難である
	皮膚色素沈着	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があり、患者は気にしている	-
	脱毛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 脱毛があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 脱毛があり、患者は気にしている	-
	嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 臭いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 3 : 臭いを感じなくなった
	白血球減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 口内炎、肛門の痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 発熱、寒気・ふるえなどの痛みなど風邪の症状がある
	貧血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や口唇、まぶたの裏が青白くみえる	<input type="checkbox"/> 2 : 疲れやすい、動悸や息切れがある。顔色不良・顔面蒼白がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手足の冷感や動悸、息切れ、倦怠感、めまい、耳鳴りがある

血小板減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : あざがでやすくなった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
心障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 軽い運動（坂道歩行など）で息切れ、動悸、疲労感がある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活で息切れ、動悸、疲労感がある
腎障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿量の減少、強い尿の泡立ち、むくみ、だるさがある。
肝障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱、倦怠感、食欲不振、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 3 : 肌や白目が黄色い、尿が茶褐色である
膵炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急に発生した上腹部の痛みがあり、のげると強くなる。吐き気、嘔吐を伴う
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない咳や急な発熱、息切れがある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 空咳、息切れが継続して、発熱がある
腸炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 激しい腹痛、血便、吐き気がある
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
消化管出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 下血や血便、嘔吐物に血が混じる
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 胸が痛い、しめつけられるような感じがある
白質脳症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 頭痛、けいれん、意識障害、視覚障害、血圧上昇、ふらつき、言葉が出にくい
意識障害(高アンモニア血症)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識の低下、手足の震え、けいれんがある

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項 :
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項 :
< 情報提供自由記載欄 (その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など) > * 別紙にて添付可		

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。

# 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や副作用グレード3の場合、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	アフリバルセプト,イリノテカン,フルオロウラシル,レボホリナート			
処方医	科	先生 御机下	処方日	年 月 日
診察券番号			報告日	年 月 日
患者氏名	様		聞き取り日	年 月 日
患者生年月日	年	月	日	聞き取り方 <input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
薬局・医療機関名			情報提供の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
ご担当者/ご連絡先			受診勧奨の有無	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし

発現時期	副作用	副作用グレード 0:なし 1:軽度 2:中等度 3:重度			
	吐き気	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 吐き気はあるが食事はほぼいつも通り食べられる	<input type="checkbox"/> 2 : 吐き気があり食事量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 吐き気により食事や水分が摂れず、体重が減少した
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 1日に1~2回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 2 : 1日に3~5回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 3 : 1日に6回以上嘔吐する
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 食欲低下はあるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 2 : 食事量、水分摂取量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 食事や水分が摂れず、著しい体重減少や脱水（皮膚・口の乾燥など）がある
	下痢	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 排便回数が普段と比べ1日に1~3回増えた。ストーマからの排泄量が少し増加した	<input type="checkbox"/> 2 : 排便回数が普段と比べ1日に4~6回増えた。ストーマからの排泄量がやや増加した（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 排便回数が普段と比べ1日に7回以上増えた。ストーマからの排泄量が大きく増加した
	便秘	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 緩下剤を使用し1~3日に1回排便がある	<input type="checkbox"/> 2 : 緩下剤を使用しても3日を超えて排便がない、浣腸を要する	<input type="checkbox"/> 3 : 下剤、浣腸を使用しても排便がない、排便を要する
	腹痛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、やや強い痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある痛みを生じている
	口内炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがあるが、食事の工夫は必要ない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みがあり、食事の工夫が必要である	<input type="checkbox"/> 3 : 痛みが強く食事が摂れない
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : だるいが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : だるく、日常生活が制限される	<input type="checkbox"/> 3 : だるく、身の回りのことをするのも難しい
	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痺れや違和感がある	<input type="checkbox"/> 2 : 痺れや違和感があり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 痺れや違和感があり日常生活が困難である
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥、しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ、チクチク感、痛みのない皮膚の赤みや腫れがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みを伴う赤み・腫れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が剥がれ落ちる、ひび割れ、ただれや傷、水ぶくれ、強い痛みがあり日常生活を送ることが困難である
	皮膚色素沈着	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があり、患者は気にしている	-
	脱毛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 脱毛があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 脱毛があり、患者は気にしている	-
	嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 臭いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 3 : 臭いを感じなくなった
	高血圧	<input type="checkbox"/> 0 : 収縮期120未満かつ拡張期80未満	<input type="checkbox"/> 1 : 収縮期120~139又は拡張期80~89	<input type="checkbox"/> 2 : 収縮期140~159又は拡張期90~99	<input type="checkbox"/> 3 : 収縮期160以上又は拡張期100以上
	蛋白尿	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 尿が泡立つ	<input type="checkbox"/> 3 : 尿の泡立ち、むくみ、体重増加がある
	傷の治りが遅い	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 傷口が開いた、傷口から出血した

白血球減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 口内炎、肛門の痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 発熱、寒気・ふるえ・のどの痛みなど風邪の症状がある
貧血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や口唇、まぶたの裏が青白くみえる	<input type="checkbox"/> 2 : 疲れやすい、動悸や息切れがある。顔色不良・顔面蒼白がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手足の冷感や動悸、息切れ、倦怠感、めまい、耳鳴りがある
血小板減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : あざができやすくなった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
心障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 軽い運動（坂道歩行など）で息切れ、動悸、疲労感がある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活で息切れ、動悸、疲労感がある
腎障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿量の減少、強い尿の泡立ち、むくみ、だるさがある。
肝障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱、倦怠感、食欲不振、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 3 : 肌や白目が黄色い、尿が茶褐色である
膵炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急に発生した上腹部の痛みがあり、のげぞと強くなる。吐き気、嘔吐を伴う
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない咳や急な発熱、息切れがある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 空咳、息切れが継続して、発熱がある
腸炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 激しい腹痛、血便、吐き気がある
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
消化管出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 下血や血便、嘔吐物に血が混じる
瘻孔(ろうこう)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿や便、肛門、皮膚の異常、吐血がある
出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 鼻血や歯茎などの出血があるが、すぐに止まった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすく、自然に止まらない	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脳梗塞(突発性の意識障害、神経症状)、心筋梗塞(狭心症、胸痛)、肺塞栓症(呼吸困難、胸痛、意識障害)
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 胸が痛い、しめつけられるような感じがある
深部静脈血栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脚や腕などに腫れ、むくみ、押すと痛みがある
白質脳症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 頭痛、けいれん、意識障害、視覚障害、血圧上昇、ふらつき、言葉が出にくい
意識障害(高アンモニア血症)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識の低下、手足の震え、けいれんがある

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:

< 情報提供自由記載欄 (その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など) > \* 別紙にて添付可

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。

【注意】この情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は処方箋の写しに疑義内容を添えてFAXをお願いします。

# 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や副作用グレード3の場合、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	イリノテカン,フルオロウラシル,ペバシズマブ,レボホリナート		
処方医	科	先生 御机下	処方日
診察券番号			年 月 日
患者氏名		様	報告日
患者生年月日	年	月	日
薬局・医療機関名			聞き取り日
ご担当者/ご連絡先			聞き取り方
			<input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
			情報提供の同意
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
			受診勧奨の有無
			<input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし

発現時期	副作用	副作用グレード 0:なし 1:軽度 2:中等度 3:重度			
	吐き気	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 吐き気はあるが食事はほぼいつも通り食べられる	<input type="checkbox"/> 2 : 吐き気があり食事量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 吐き気により食事や水分が摂れず、体重が減少した
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 1日に1~2回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 2 : 1日に3~5回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 3 : 1日に6回以上嘔吐する
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 食欲低下はあるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 2 : 食事量、水分摂取量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 食事や水分が摂れず、著しい体重減少や脱水（皮膚・口の乾燥など）がある
	下痢	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 排便回数が普段と比べ1日に1~3回増えた。ストーマからの排泄量が少し増加した	<input type="checkbox"/> 2 : 排便回数が普段と比べ1日に4~6回増えた。ストーマからの排泄量がやや増加した（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 排便回数が普段と比べ1日に7回以上増えた。ストーマからの排泄量が大きく増加した
	便秘	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 緩下剤を使用し1~3日に1回排便がある	<input type="checkbox"/> 2 : 緩下剤を使用しても3日を超えて排便がない、浣腸を要する	<input type="checkbox"/> 3 : 下剤、浣腸を使用しても排便がない、排便を要する
	腹痛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、やや強い痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある痛みを生じている
	口内炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがあるが、食事の工夫は必要ない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みがあり、食事の工夫が必要である	<input type="checkbox"/> 3 : 痛みが強く食事が摂れない
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : だるいが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : だるく、日常生活が制限される	<input type="checkbox"/> 3 : だるく、身の回りのことをするのも難しい
	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痺れや違和感がある	<input type="checkbox"/> 2 : 痺れや違和感があり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 痺れや違和感があり日常生活が困難である
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥、しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ、チクチク感、痛みのない皮膚の赤みや腫れがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みを伴う赤み・腫れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が剥がれ落ちる、ひび割れ、ただれや傷、水ぶくれ、強い痛みがあり日常生活を送ることが困難である
	皮膚色素沈着	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があり、患者は気にしている	-
	脱毛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 脱毛があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 脱毛があり、患者は気にしている	-
	嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 臭いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 3 : 臭いを感じなくなった
	高血圧	<input type="checkbox"/> 0 : 収縮期120未満かつ拡張期80未満	<input type="checkbox"/> 1 : 収縮期120~139又は拡張期80~89	<input type="checkbox"/> 2 : 収縮期140~159又は拡張期90~99	<input type="checkbox"/> 3 : 収縮期160以上又は拡張期100以上
	蛋白尿	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 尿が泡立つ	<input type="checkbox"/> 3 : 尿の泡立ち、むくみ、体重増加がある
	傷の治りが遅い	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 傷口が開いた、傷口から出血した

白血球減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 口内炎、肛門の痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 発熱、寒気・ふるえ・などの痛みなど風邪の症状がある
貧血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や口唇、まぶたの裏が青白くみえる	<input type="checkbox"/> 2 : 疲れやすい、動悸や息切れがある。顔色不良・顔面蒼白がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手足の冷感や動悸、息切れ、倦怠感、めまい、耳鳴りがある
血小板減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : あざができやすくなった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
心障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 軽い運動（坂道歩行など）で息切れ、動悸、疲労感がある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活で息切れ、動悸、疲労感がある
腎障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿量の減少、強い尿の泡立ち、むくみ、だるさがある。
肝障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱、倦怠感、食欲不振、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 3 : 肌や白目が黄色い、尿が茶褐色である
膵炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急に発生した上腹部の痛みがあり、のげぞと強くなる。吐き気、嘔吐を伴う
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない咳や急な発熱、息切れがある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 空咳、息切れが継続して、発熱がある
腸炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 激しい腹痛、血便、吐き気がある
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
消化管出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 下血や血便、嘔吐物に血が混じる
瘻孔(ろうこう)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿や便、肛門、皮膚の異常、吐血がある
出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 鼻血や歯茎などの出血があるが、すぐに止まった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすく、自然に止まらない	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脳梗塞(突発性の意識障害、神経症状)、心筋梗塞(狭心症、胸痛)、肺塞栓症(呼吸困難、胸痛、意識障害)
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 胸が痛い、しめつけられるような感じがある
深部静脈血栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脚や腕などに腫れ、むくみ、押すと痛みがある
白質脳症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 頭痛、けいれん、意識障害、視覚障害、血圧上昇、ふらつき、言葉が出にくい
意識障害(高アンモニア血症)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識の低下、手足の震え、けいれんがある

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:

< 情報提供自由記載欄 (その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など) > \* 別紙にて添付可

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。

【注意】この情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は処方箋の写しに疑義内容を添えてFAXをお願いします。

# 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や副作用グレード3の場合、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	イリノテカン,パニツムマブ,フルオロウラシル,レボホリナート		
処方医	科	先生 御机下	処方日
診察券番号			報告日
患者氏名		様	聞き取り日
患者生年月日	年	月	日
聞き取り方			<input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
薬局・医療機関名			情報提供の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
ご担当者/ご連絡先			受診勧奨の有無 <input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし

発現時期	副作用	副作用グレード 0:なし 1:軽度 2:中等度 3:重度			
	吐き気	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 吐き気はあるが食事はほぼいつも通り食べられる	<input type="checkbox"/> 2 : 吐き気があり食事量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 吐き気により食事や水分が摂れず、体重が減少した
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 1日に1~2回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 2 : 1日に3~5回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 3 : 1日に6回以上嘔吐する
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 食欲低下はあるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 2 : 食事量、水分摂取量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 食事や水分が摂れず、著しい体重減少や脱水（皮膚・口の乾燥など）がある
	下痢	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 排便回数が普段と比べ1日に1~3回増えた。ストーマからの排泄量が少し増加した	<input type="checkbox"/> 2 : 排便回数が普段と比べ1日に4~6回増えた。ストーマからの排泄量がやや増加した（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 排便回数が普段と比べ1日に7回以上増えた。ストーマからの排泄量が大きく増加した
	便秘	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 緩下剤を使用し1~3日に1回排便がある	<input type="checkbox"/> 2 : 緩下剤を使用しても3日を超えて排便がない、浣腸を要する	<input type="checkbox"/> 3 : 下剤、浣腸を使用しても排便がない、排便を要する
	腹痛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、やや強い痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある痛みを生じている
	口内炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがあるが、食事の工夫は必要ない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みがあり、食事の工夫が必要である	<input type="checkbox"/> 3 : 痛みが強く食事が摂れない
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : だるいが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : だるく、日常生活が制限される	<input type="checkbox"/> 3 : だるく、身の回りのことをするのも難しい
	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痺れや違和感がある	<input type="checkbox"/> 2 : 痺れや違和感があり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 痺れや違和感があり日常生活が困難である
	インフュージョンリアクション	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 投与後に発熱や悪寒、発疹などの症状があったが治まった	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱や悪寒、発疹などの症状が残っている、または再発した	<input type="checkbox"/> 3 : 低血圧、呼吸困難、呼吸時の雑音、舌やのどにむくみがある
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ、チクチク感、痛みのない皮膚の赤みや腫れがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みを伴う赤み・腫れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が剥がれ落ちる、ひび割れ、ただれや傷、水ぶくれ、強い痛みがあり日常生活を送ることが困難である
	皮膚障害 (EGFR阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥、痒みや吹き出物、手足に硬い箇所が少しあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 乾燥や発疹、手足の亀裂など目立つ変化がある、痒みや痛みがあり、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚に強い痒みや痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
	爪障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 爪の痛み、変色や変形があるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 爪の痛みや剥離、脱落があり、日常生活に支障がある	-
	皮膚色素沈着	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があり、患者は気にしている	-

脱毛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 脱毛があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 脱毛があり、患者は気にしている	-
眼の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 眼の痛みや異物感、視力の低下、光をまぶしく感じるなど、眼や見え方の異常がある
嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 臭いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 3 : 臭いを感じなくなった
白血球減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 口内炎、肛門の痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 発熱、寒気・ふるえ・どの痛みなど風邪の症状がある
貧血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や口唇、まぶたの裏が青白くみえる	<input type="checkbox"/> 2 : 疲れやすい、動悸や息切れがある。顔色不良・顔面蒼白がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手足の冷感や動悸、息切れ、倦怠感、めまい、耳鳴りがある
血小板減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : あざがでやすくなった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
低マグネシウム血症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 食欲不振、吐き気、倦怠感がある	<input type="checkbox"/> 3 : けいれん、脈が早い、不整脈、手足や顔のこわばりがある
心障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 軽い運動（坂道歩行など）で息切れ、動悸、疲労感がある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活で息切れ、動悸、疲労感がある
腎障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿量の減少、強い尿の泡立ち、むくみ、だるさがある。
肝障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱、倦怠感、食欲不振、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 3 : 肌や白目が黄色い、尿が茶褐色である
膵炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急に発生した上腹部の痛みがあり、のげぞと強くなる。吐き気、嘔吐を伴う
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない咳や急な発熱、息切れがある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 空咳、息切れが継続して、発熱がある
腸炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 激しい腹痛、血便、吐き気がある
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
消化管出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 下血や血便、嘔吐物に血が混じる
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 胸が痛い、しめつけられるような感じがある
白質脳症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 頭痛、けいれん、意識障害、視覚障害、血圧上昇、ふらつき、言葉が出にくい
意識障害(高アンモニア血症)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識の低下、手足の震え、けいれんがある

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項 :
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項 :

< 情報提供自由記載欄 (その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など) > \* 別紙にて添付可

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。



# 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や副作用グレード3の場合、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	イリノテカン,フルオロウラシル,ラムシルマブ,レボホリナート		
処方医	科	先生 御机下	処方日
診察券番号			報告日
患者氏名		様	聞き取り日
患者生年月日	年	月	日
薬局・医療機関名			聞き取り方 <input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
ご担当者/ご連絡先			情報提供の同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
			受診勧奨の有無 <input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし

発現時期	副作用	副作用グレード 0:なし 1:軽度 2:中等度 3:重度			
	吐き気	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 吐き気はあるが食事はほぼいつも通り食べられる	<input type="checkbox"/> 2 : 吐き気があり食事量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 吐き気により食事や水分が摂れず、体重が減少した
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 1日に1~2回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 2 : 1日に3~5回嘔吐する	<input type="checkbox"/> 3 : 1日に6回以上嘔吐する
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 食欲低下はあるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 2 : 食事量、水分摂取量が減少した	<input type="checkbox"/> 3 : 食事や水分が摂れず、著しい体重減少や脱水（皮膚・口の乾燥など）がある
	下痢	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 排便回数が普段と比べ1日に1~3回増えた。ストーマからの排泄量が少し増加した	<input type="checkbox"/> 2 : 排便回数が普段と比べ1日に4~6回増えた。ストーマからの排泄量がやや増加した（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 排便回数が普段と比べ1日に7回以上増えた。ストーマからの排泄量が大きく増加した
	便秘	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 緩下剤を使用し1~3日に1回排便がある	<input type="checkbox"/> 2 : 緩下剤を使用しても3日を超えて排便がない、浣腸を要する	<input type="checkbox"/> 3 : 下剤、浣腸を使用しても排便がない、排便を要する
	腹痛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、やや強い痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある痛みを生じている
	口内炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痛みがあるが、食事の工夫は必要ない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みがあり、食事の工夫が必要である	<input type="checkbox"/> 3 : 痛みが強く食事が摂れない
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : だるいが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : だるく、日常生活が制限される	<input type="checkbox"/> 3 : だるく、身の回りのことをするのも難しい
	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い痺れや違和感がある	<input type="checkbox"/> 2 : 痺れや違和感があり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 痺れや違和感があり日常生活が困難である
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 乾燥、しびれ、皮膚知覚過敏、ヒリヒリ、チクチク感、痛みのない皮膚の赤みや腫れがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 痛みを伴う赤み・腫れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が剥がれ落ちる、ひび割れ、ただれや傷、水ぶくれ、強い痛みがあり日常生活を送ることが困難である
	皮膚色素沈着	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 皮膚や爪・指先などに褐色や黒色があり、患者は気にしている	-
	脱毛	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 脱毛があるが、患者は気にしていない	<input type="checkbox"/> 2 : 脱毛があり、患者は気にしている	-
	嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 臭いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 3 : 臭いを感じなくなった
	高血圧	<input type="checkbox"/> 0 : 収縮期120未満かつ拡張期80未満	<input type="checkbox"/> 1 : 収縮期120~139又は拡張期80~89	<input type="checkbox"/> 2 : 収縮期140~159又は拡張期90~99	<input type="checkbox"/> 3 : 収縮期160以上又は拡張期100以上
	蛋白尿	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 尿が泡立つ	<input type="checkbox"/> 3 : 尿の泡立ち、むくみ、体重増加がある
	傷の治りが遅い	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 傷口が開いた、傷口から出血した

白血球減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 口内炎、肛門の痛みがある	<input type="checkbox"/> 3 : 発熱、寒気・ふるえ・などの痛みなど風邪の症状がある
貧血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚や口唇、まぶたの裏が青白くみえる	<input type="checkbox"/> 2 : 疲れやすい、動悸や息切れがある。顔色不良・顔面蒼白がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手足の冷感や動悸、息切れ、倦怠感、めまい、耳鳴りがある
血小板減少	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : あざができやすくなった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
心障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 軽い運動（坂道歩行など）で息切れ、動悸、疲労感がある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活で息切れ、動悸、疲労感がある
腎障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿量の減少、強い尿の泡立ち、むくみ、だるさがある。
肝障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 発熱、倦怠感、食欲不振、吐き気がある	<input type="checkbox"/> 3 : 肌や白目が黄色い、尿が茶褐色である
膵炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急に発生した上腹部の痛みがあり、のげぞと強くなる。吐き気、嘔吐を伴う
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない咳や急な発熱、息切れがある（★受診を検討）	<input type="checkbox"/> 3 : 空咳、息切れが継続して、発熱がある
腸炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 激しい腹痛、血便、吐き気がある
消化管穿孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
消化管出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 下血や血便、嘔吐物に血が混じる
瘻孔(ろうこう)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 尿や便、肛門、皮膚の異常、吐血がある
出血	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 鼻血や歯茎などの出血があるが、すぐに止まった	<input type="checkbox"/> 2 : 口腔内の出血や鼻血が出やすく、自然に止まらない	<input type="checkbox"/> 3 : 血便、尿が赤い、嘔吐物に血が混じる、痰に血が混じる、頭痛や麻痺、言葉の出にくさがある
血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脳梗塞(突発性の意識障害、神経症状)、心筋梗塞(狭心症、胸痛)、肺塞栓症(呼吸困難、胸痛、意識障害)
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 胸が痛い、しめつけられるような感じがある
深部静脈血栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脚や腕などに腫れ、むくみ、押すと痛みがある
白質脳症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 頭痛、けいれん、意識障害、視覚障害、血圧上昇、ふらつき、言葉が出にくい
意識障害(高アンモニア血症)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識の低下、手足の震え、けいれんがある

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)	特記事項:

< 情報提供自由記載欄 (その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など) > \* 別紙にて添付可

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。

【注意】この情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は処方箋の写しに疑義内容を添えてFAXをお願いします。