

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	イトポシド,シスプラチン,プレオマイシン		
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
	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
	しゃっくり	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い症状があるが続かない	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、頻回に症状がある	<input type="checkbox"/> 3 : 症状のため睡眠や日常生活に支障がある
	過敏症	<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
	皮膚の硬化、角化	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 皮膚がガサガサ	<input type="checkbox"/> 2 :	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚が急に硬くなった
	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	-
	聴力低下、耳鳴	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあり日常生活に支障がある
	発熱	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 37.5℃以上の発熱がある	<input type="checkbox"/> 2 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続している	<input type="checkbox"/> 3 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続し、風邪の症状がある
	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
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
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

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	カルボプラチン,ゲムシタピン		
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
ご担当者/ご連絡先			情報提供の同意
			受診勧奨の有無

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
	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
	過敏症	<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
	発疹	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 日常生活に影響はない、体表面积10%未満の皮膚症状がある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に少し影響がある、体表面积の10~30%程度の皮膚症状がある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある、体表面积の30%を超える皮膚症状がある、口唇や口腔内など粘膜に皮膚症状がある
	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	-
	聴力低下、耳鳴	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあり日常生活に支障がある
	発熱	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 37.5℃以上の発熱がある	<input type="checkbox"/> 2 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続している	<input type="checkbox"/> 3 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続し、風邪の症状がある
	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
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
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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
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

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	ゲムシタビン,シスプラチン		
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
	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
	しゃっくり	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 軽い症状があるが続かない	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に支障はないが、頻回に症状がある	<input type="checkbox"/> 3 : 症状のため睡眠や日常生活に支障がある
	過敏症	<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
	発疹	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 日常生活に影響はない、体表面积10%未満の皮膚症状がある	<input type="checkbox"/> 2 : 日常生活に少し影響がある、体表面积の10~30%程度の皮膚症状がある	<input type="checkbox"/> 3 : 日常生活に支障がある、体表面积の30%を超える皮膚症状がある、口唇や口腔内など粘膜に皮膚症状がある
	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	-
	聴力低下、耳鳴	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3 : 聞こえづらさ、耳鳴り、耳がつまる感じがあり日常生活に支障がある
	発熱	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 37.5℃以上の発熱がある	<input type="checkbox"/> 2 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続している	<input type="checkbox"/> 3 : 37.5℃以上の発熱が2日間以上持続し、風邪の症状がある
	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
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
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
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

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	アキシチニブ		
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
ご担当者/ご連絡先			情報提供の同意
			受診勧奨の有無

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			
	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
	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
	手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少しで、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
	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
	発声障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 声が少し、または一時的に変化した。少し声が出にくい	<input type="checkbox"/> 2 : 聞き取れる声だが、声が明らかに変化した、または持続的に変化した。やや声が出にくい	<input type="checkbox"/> 3 : 声がとても聞き取りにくくなった。とても声が出にくい
	甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3 : 動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある
	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
	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
	間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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
	消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
	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

肺塞栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 息切れ、胸の痛み、ふらつきや失神がある
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
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
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識消失、ろれつが回らない、麻痺がある、強いめまいがある
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

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	アキシチニブ,アベルマブ			
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

【免疫関連副作用の症状チェック】

関連部位	症状	関連部位	症状	関連部位	症状
全身症状	<input type="checkbox"/> 痛み 場所：	呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ	神経 筋肉	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふるえ
	<input type="checkbox"/> 発熱 (腋窩37.5℃以上)		<input type="checkbox"/> 痰が絡まない咳		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> まぶたがさがる
	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食事量の減少	尿	<input type="checkbox"/> 尿が赤褐色 (コーラの色)	皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ
	<input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下		<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿量増加		<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ
	血圧：	ホルモン	<input type="checkbox"/> 動悸	口・くちびる	場所：
<input type="checkbox"/> 胃腸	<input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり		<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> ただれ		
<input type="checkbox"/> 1日4回以上排便・下痢が増加	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> イライラ		眼		<input type="checkbox"/> 見え方がおかしい <input type="checkbox"/> 眼の痛み
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐： 回/日	<input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 水分の多飲				見え方：

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		
------	-----	------------------------------	--	--

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
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
手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少しで、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2：手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3：手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
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
発声障害	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：声が少し、または一時的に変化した。少し声が出にくい	<input type="checkbox"/> 2：聞き取れる声だが、声が明らかに変化した、または持続的に変化した。やや声が出にくい	<input type="checkbox"/> 3：声がとても聞き取りにくくなった。とても声が出にくい
甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0：なし	-	<input type="checkbox"/> 2：暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3：動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある
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
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

間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	(無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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
消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
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、言葉の出にくいさがある
肺塞栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 息切れ、胸の痛み、ふらつきや失神がある
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
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
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識消失、ろれつが回らない、麻痺がある、強いめまいがある
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
免疫関連副作用 : 上記表参照	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	-

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		

【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。
 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	アキシチニブ,パンプロリズマブ			
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

【免疫関連副作用の症状チェック】

関連部位	症状	関連部位	症状	関連部位	症状
全身症状	<input type="checkbox"/> 痛み 場所：	呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ	神経 筋肉	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふるえ
	<input type="checkbox"/> 発熱 (腋窩37.5℃以上)		<input type="checkbox"/> 痰が絡まない咳		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> まぶたがさがる
	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食事量の減少	尿	<input type="checkbox"/> 尿が赤褐色 (コーラの色)	皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ
	<input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下		<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿量増加		<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ
	血圧：	ホルモン	<input type="checkbox"/> 動悸	口・くちびる	場所：
<input type="checkbox"/> 胃腸	<input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり		<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> ただれ		
<input type="checkbox"/> 1日4回以上排便・下痢が増加	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> イライラ		眼		<input type="checkbox"/> 見え方がおかしい <input type="checkbox"/> 眼の痛み
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐： 回/日	<input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 水分の多飲				見え方：

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		
------	-----	------------------------------	--	--

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
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
手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少しで、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2：手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3：手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
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
発声障害	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：声が少し、または一時的に変化した。少し声が出にくい	<input type="checkbox"/> 2：聞き取れる声だが、声が明らかに変化した、または持続的に変化した。やや声が出にくい	<input type="checkbox"/> 3：声がとても聞き取りにくくなった。とても声が出にくい
甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0：なし	-	<input type="checkbox"/> 2：暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3：動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある
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
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

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
消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
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、言葉の出にくいさがある
肺塞栓	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 息切れ、胸の痛み、ふらつきや失神がある
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
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
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 意識消失、ろれつが回らない、麻痺がある、強いめまいがある
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

免疫関連副作用
: 上記表参照

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		

【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。
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	エンホルツマブ ベドチン		
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
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
	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
	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
	重篤な皮膚障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 皮膚の赤みや破れやすい水ぶくれ、目の充血やただれ、唇や口内のただれがある
	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	-
	高血糖	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : のどの渇き、水分の多飲、尿の増加、体重減少、疲れやすい、集中力が低下する
	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
	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。
	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

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	カバジタキセル		
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
	味覚異常	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 味覚の変化はあるが気にならない程度である	<input type="checkbox"/> 2 : 不快な味の変化があり、食事量の低下がある	-
	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、摘便を要する
	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
	浮腫	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 気にならない程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 気になる程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3 : 明らかなむくみがあり、日常生活に支障がある
	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	-
	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
	不整脈	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脈の不正があり、動悸やめまいがある、意識が飛びそうになる
	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。

間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし (無症状)	<input type="checkbox"/> 2 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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

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	カボザンチニブ		
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
	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
	浮腫	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 気にならない程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 気になる程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3 : 明らかなむくみがあり、日常生活に支障がある
	手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0 : なし	<input type="checkbox"/> 1 : 手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少く、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2 : 手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3 : 手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
	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
	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
	甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3 : 動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある
	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

不整脈	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脈の不正があり、動悸やめまいがある、意識が飛びそうになる
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、のけぞると強くなる。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 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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
消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
横紋筋融解症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 筋肉痛がある、手足に力が入らない、こぼる、尿が赤褐色(コーラの色)になる
顎骨壊死	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : あごのはれ・痛み・歯のゆるみがある
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)
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

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	カボザンチニブ,ニボルマブ		
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
ご担当者/ご連絡先			受診勧奨の有無

【免疫関連副作用の症状チェック】

関連部位	症状	関連部位	症状	関連部位	症状
全身症状	<input type="checkbox"/> 痛み 場所：	呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ	神経 筋肉	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふるえ
	<input type="checkbox"/> 発熱（腋窩37.5℃以上）		<input type="checkbox"/> 痰が絡まない咳		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> まぶたがさがる
	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食事量の減少	尿	<input type="checkbox"/> 尿が赤褐色（コーラの色）	皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ
	<input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下		<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿量増加		<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ
	血圧：	ホルモン	<input type="checkbox"/> 動悸	場所：	<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> ただれ
<input type="checkbox"/> 胃腸	<input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり		<input type="checkbox"/> 口・くちびる	<input type="checkbox"/> 見え方がおかしい <input type="checkbox"/> 眼の痛み	
<input type="checkbox"/> 1日4回以上排便・下痢が増加	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> イライラ		眼	見え方：	
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐： 回/日	<input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 水分の多飲				

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
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
浮腫	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：気にならない程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2：気になる程度のむくみがあるが、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 3：明らかなむくみがあり、日常生活に支障がある
手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少しで、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2：手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3：手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
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
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
甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	<input type="checkbox"/> 2 : 暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3 : 動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある
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
不整脈	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 脈の不正があり、動悸やめまいがある、意識が飛びそうになる
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 : 痰が絡まない空咳や急な発熱、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
消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
横紋筋融解症	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 筋肉痛がある、手足に力が入らない、こぼる、尿が赤褐色（コウの色）になる
顎骨壊死	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : あごのはれ・痛み・歯のゆるみがある
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)
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
免疫関連副作用 ：上記表参照	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	-

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	ペムプロリズマブ,レンパチニブ		
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
ご担当者/ご連絡先			受診勧奨の有無

【免疫関連副作用の症状チェック】

関連部位	症状	関連部位	症状	関連部位	症状
全身症状	<input type="checkbox"/> 痛み 場所：	呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ	神経 筋肉	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふるえ
	<input type="checkbox"/> 発熱 (腋窩37.5℃以上)		<input type="checkbox"/> 痰が絡まない咳		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> まぶたがさがる
	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食事量の減少	尿	<input type="checkbox"/> 尿が赤褐色 (コーラの色)	皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ
	<input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下		<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿量増加		<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ
	血圧：	ホルモン	<input type="checkbox"/> 動悸	場所：	<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> ただれ
<input type="checkbox"/> 胃腸	<input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり		口・くちびる	<input type="checkbox"/> 見え方がおかしい <input type="checkbox"/> 眼の痛み	
<input type="checkbox"/> 1日4回以上排便・下痢が増加	<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> イライラ		眼	見え方：	
<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐： 回/日	<input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 水分の多飲				

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		
------	-----	------------------------------	--	--

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
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
手足症候群 (キナーゼ阻害薬)	<input type="checkbox"/> 0：なし	<input type="checkbox"/> 1：手のひら、足の裏に違和感があり、発赤はあっても少しで、痛みはなく、日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 2：手のひら、足の裏に発赤、水ぶくれがあり、痛みは時々感じ、日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 3：手のひら、足の裏の発赤が強く、大きな水ぶくれがあり、強い痛みがあり、日常生活に大きな支障がある
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・どの痛みなど風邪の症状がある
低カルシウム血症	<input type="checkbox"/> 0：なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3：しびれ、けいれん、手足や顔のこわばりがある
甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 0：なし	-	<input type="checkbox"/> 2：暑がりまたは寒がり、イライラまたは無気力、下痢または便秘、倦怠感、不眠がある	<input type="checkbox"/> 3：動悸、脈が遅くなる、手のふるえ、首のむくみ、眼球の突出、体重の増加または減少がある

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
急性胆のう炎	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 右上腹部に強い疼痛がある
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
気胸	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 息切れ、胸の痛みがある
消化管穿孔・瘻孔	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	<input type="checkbox"/> 3 : 急な強い腹痛、発熱が現れた
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)
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
免疫関連副作用 ：上記表参照	<input type="checkbox"/> 0 : なし	-	-	-

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		

【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。
 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。