

## 保険薬局への情報提供書と副作用フィードバック票の使用方法

当院にて抗がん剤治療を行っている患者さんへ、薬剤師が初回説明時に情報提供書をお薬手帳に貼付しております。監査・投薬時にご利用下さい

(※全ての患者さんを網羅している訳ではありません)

<新潟労災病院→保険薬局>	
作成日	2015年7月8日
癌腫	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> その他 ( )
レジメン	<b>カベシタビン療法(術後補助)</b>
標準スケジュール	<b>2週投与1週休薬</b>
投与開始日	2015年7月8日
支持療法	
検査値	Cre 0.6 GFR 78 Ccr 86
主な副作用	手足症候群 下痢 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 内炎など
連絡事項	
新潟労災病院 新潟県上越市東雲町1-7-12 TEL:025-543-3123	
患者ID 9800000	
*上記療法について説明済みですが、再度ご確認と、 投薬毎に所定の用紙にて副作用のフィードバックを お願いします。	

当院では、抗がん剤治療を受けている患者さんの副作用対策を強化するため、副作用のフィードバックをお願いしております。当院院外処方箋投薬時に、副作用フィードバック票を用いて聴取をお願いします。（下記参照）

新潟労災病院 HP トップページ 「薬薬連携」バナー → 「薬剤部」ページの「薬薬連携 保険薬局 薬剤師の皆様へ」に各抗がん剤の副作用フィードバック票を掲載しています。

お手数ですが印刷して頂き、ご使用下さい。

初回時、赤枠部分を記載の上新潟労災病院 薬剤部まで Fax をお願いします。

該当療法を○で囲んでください。

カペシタビン療法 XELOX 療法 +ベバシズマブ		受診日 20××年 ×月 ×日	
患者ID	9800000	診療科	外科
患者氏名	労災 太郎	医師名	〇〇先生
服薬指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
服薬アドヒアランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
＜服薬開始時＞			
服用方法（抗がん剤・支持薬など）			<input checked="" type="checkbox"/> 説明済
副作用（嘔気・嘔吐 下痢 口内炎 手足症候群 末梢神経障害 高血圧 鼻出血など）の初期症状や対応について			<input checked="" type="checkbox"/> 説明済
その他特記事項			
＜前回受診日からの症状について＞			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 残薬なし <input type="checkbox"/> 残薬あり		
嘔気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手足症候群	腫脹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水疱・びらん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	角化・落屑	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	亀裂 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	→上記「あり」の場合、該当項目にチェック		<input type="checkbox"/> 痛みを伴う
	予防・対症療法の実施状況		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
末梢神経障害 (オキサリプラチン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ありの場合、該当項目にチェック	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり
高血圧 (ベバシズマブ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	鼻出血 (ベバシズマブ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他特記事項			
＜アセスメント結果＞			
<input checked="" type="checkbox"/> 継続可能			
<input type="checkbox"/> 下記の検討が必要			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			

検討事項がありましたらご記入下さい。（予防薬の処方提案など）  
医師に照会後、Faxにて返信させていただきます。

2回目以降は青枠部分を記載の上、新潟労災病院 薬剤部まで Fax をお願いします。

該当療法を○で囲んでください。

<input checked="" type="radio"/> <b>カベシタピン療法</b> <input type="radio"/> KELOX 療法 <input type="radio"/> +ベバシズマブ		受診日	20××年 ×月 ××日
患者ID	9800000	診療科	外科
患者氏名	労災 太郎	医師名	〇〇先生
服薬指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		

<服薬開始時>

服用方法 (抗がん剤・支持薬など)

副作用 (嘔気・嘔吐 下痢 口内炎 手足症候群 末梢神経障害 高鼻出血など) の初期症状や対応について

その他特記事項

<前回受診日からの症状について>

服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 残薬なし <input type="checkbox"/> 残薬あり			
嘔気	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	口内炎	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下痢	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
手足症候群	腫脹	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	水疱・びらん	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	角化・落屑	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	亀裂	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	→上記「あり」の場合、該当項目にチェック		<input type="checkbox"/> 痛みを伴う <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり	
予防・対症療法の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
末梢神経障害 (オキサリプラチン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ありの場合、該当項目にチェック	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり	
高血圧 (ベバシズマブ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	鼻出血 (ベバシズマブ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他特記事項				

<アセスメント結果>

継続可能  
 下記の検討が必要

手足症候群の悪化があるので、ステロイドのランクアップはいかがでしょうか。

レジメンに該当する副作用の状況を✓してください。

検討事項がありましたらご記入下さい。医師に照会後、Faxにて返信させていただきます。

不明な点は薬剤部までお問い合わせください。