



宮城県立がんセンター 御中

報告日：20 年 月 日

服薬情報提供書 (EGFR-TKI)

担当医	科	先生 御机下	保険薬局名：
処方箋交付年月日	20 年 月 日		所在地：
患者 ID：			電話番号：
患者名：			FAX 番号：
			担当薬剤師名：
			(<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)

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：20 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
 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：
この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。
この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。

下記の通り報告いたします。(使用薬剤：イレッサ タルセバ ジオトリフ タグリッソ)

有害事象	確認項目・指導内容
下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： 回/日 止瀉薬 () 内服回数： 回/日、残数 個 支持療法： <input type="checkbox"/> 止瀉薬の服用を指示した <input type="checkbox"/> 止瀉薬の服用について再度説明した ※飲水、食事指導、止瀉薬の服用法についてなど
口内炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽水の使用法、口腔ケア指導など
食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	食事摂取量：抗がん薬治療開始前と比べて 割 体重：抗がん薬治療開始前と比べて kg 減 ※食事のとり方の指導
全身倦怠感(だるさ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	日常生活： <input type="checkbox"/> 影響がない <input type="checkbox"/> 影響が出ている ※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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	支持療法： <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 外用薬の適正使用について再度説明した ※直射日光、肌への刺激の回避、保湿法など
乾燥 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	支持療法： <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 外用薬の適正使用について再度説明した
爪囲炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	支持療法： <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 外用薬の適正使用について再度説明した ※保湿、洗浄、ガーゼ保護、テーピングなど 部位 ()
その他 身体症状	味覚異常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 呼吸苦： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 空咳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G)
【薬剤師としての所見・提案事項等】	

宮城県立がんセンター記載欄