



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 (マルチキナーゼ阻害薬)

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:  ネクサパール  スーテント  ヴオトリエント  スチパーガ  レンビマ)

有害事象	確認項目・指導内容
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 ※食事のとり方の指導
下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度: ___ 回/日 止瀉薬 ( ) 内服頻度: ___ 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
HFS (手足症候群) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	部位: 手 (左 ___ / 右 ___ ) 足 (左 ___ / 右 ___ ) 症状発現日: ___ 月 ___ 日 ※手・足裏の確認、HFS 対策、セルフケアなど 
高血圧 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	血圧測定の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (前回受診日からの最高血圧: ___ / ___ mmHg) 本日の血圧: ___ / ___ mmHg ※頭痛や動悸などの随伴症状がある場合は病院へ直接連絡
浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	体重: 抗がん薬治療開始前と比べて ___ kg 増 部位: _____ ※疼痛を伴う浮腫の場合は病院へ直接連絡
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
その他 身体症状	味覚異常: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) 悪心: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) 尿の泡立ち: <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

【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