

FAXの流れ： 保険薬局→ 医療機関薬剤部→ 処方医

【注意】このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
即時処方箋に反映すべき疑義については、各医療機関の方法に即した疑義照会をお願いします。

病院名

処方医師

科

先生

患者ID

保険薬局名
住所・TEL/FAX

レジメン名

担当薬剤師名

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付しました。下記、副作用状況及び処方内容に関する提案事項についてご報告します。

状況確認経緯

☐ 薬剤交付時の面談

☐ 電話確認

☐ 薬剤交付後の面談時

☐ 在宅訪問時

☐ その他（ ）

（確認日 年 月 日）

確認対象者

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）

報告内容（主な内容）

☐ 副作用状況及び対策案について

☐ 薬剤の服薬上の問題（ 主な内容： 服薬遵守 ・ 残薬 ・ 剤形 ・ その他）

☐ その他（ ）

副作用状況（副作用項目とCTCAE ver5.0「悪心のみver4.0」による評価）

副作用の報告対象は、Grade1+患者の対策要望、Grade2以上とする。Grade4の場合は即時、疑義照会扱いとする。

下記以外の副作用発見はその他に適宜記載をお願いします。なお、提案事項があれば余白に記載してください。

		Grade1	Grade2	Grade3
悪心	☐ なし	☐ 吐き気はあるが、食事は半分以上食べられる	☐ 吐き気があり食事が明らかに減った	☐ 吐き気で水分も摂れない
嘔吐	☐ なし	☐ 1日1－2回の嘔吐	☐ 1日3－5回の嘔吐	☐ 1日6回以上の嘔吐
食欲不振	☐ なし	☐ 食欲はないが食べている	☐ 食事は明らかに減ったが、体重減少はわずか	☐ 食事ができず、明らかに体重が減った
下痢	☐ なし	☐ 1日の排便回数が1-3回増えた	☐ 1日の排便回数が4-6回増えた	☐ 1日の排便回数が7回以上増えた
便秘	☐ なし	☐ 下剤を時々使用する	☐ 下剤を定期的に使用する 使用量を増やしたので排便がある	☐ 下剤の使用量を増やしても排便がない
体重減少	☐ なし	☐ もとの体重より10％以内の減少	☐ もとの体重より10－20％減少	☐ もとの体重より20％以上減少
末梢神経障害	☐ なし	☐ 軽いしびれがあるが、生活に影響はない	☐ 中程度のしびれがあり、生活の一部に影響がある	☐ 強いしびれがあり、日常生活に大きく影響がある
眼障害	☐ なし	☐ 見え方に変化があるが日常生活に影響はない	☐ 視力矯正をすれば0.5以上の視力がある 生活の一部に影響がある	☐ 視力矯正をしても0.5未満の視力 日常生活に大きく影響がある
口腔粘膜炎	☐ なし	☐ 痛みはあるが食事に影響はない	☐ 痛みがあり、食事の工夫が必要	☐ 痛みが強く食事ができない
皮疹	☐ なし	☐ 体全体の面積の10％未満	☐ 体全体の面積の10-30％に出現 生活の一部に影響がある	☐ 体全体の面積の30％以上に出現 生活に大きく影響がある
手足症候群	☐ なし	☐ 痛みはないが掌や足裏に赤みや乾燥がある	☐ 掌や足裏に変化があり痛みがある	☐ 掌や足裏に水疱や亀裂があり強い疼痛がある
高血圧	☐ なし	☐ 血圧が140/90mmHg未満	☐ 血圧が140-159/90-99mmHg 今までの血圧より20mmHg以上上昇	☐ 血圧が160/100mmHg以上
その他(irAE*含む)	☐ なし	☐ 軽症 症状がないまたは軽度 生活に影響がない	☐ 中等症 生活の一部に影響がある	☐ 重症 生活に大きく影響がある
	☐ なし	☐ 軽症 症状がないまたは軽度 生活に影響がない	☐ 中等症 生活の一部に影響がある	☐ 重症 生活に大きく影響がある
	☐ なし	☐ 軽症 症状がないまたは軽度 生活に影響がない	☐ 中等症 生活の一部に影響がある	☐ 重症 生活に大きく影響がある

* irAE＝免疫関連有害事象

提案事項やGrade4以上と思われる副作用、同意が得られていない事例で伝達すべき内容があった際は下記にご記入下さい。