

松江赤十字病院 御中

報告日 年 月 日

外来がん化学療法テレフォンフォローアップシート  
アベマシクリブ(商品名: ベージニオ錠)

担当医	科 先生 御机下	保険薬局 名称
患者番号:		TEL :
患者名:		FAX :
テレフォンフォローアップ実施日:	年 月 日	処方日: 年 月 日
		担当薬剤師: 印

患者様の同意のもと、以下の項目について確認し、松江赤十字病院へ報告をお願いします。

1.最近の服薬状況について

医師の指示通り飲んでいる はい いいえ (理由: )  
 →「いいえ」の回答に対して医師の指示通り服用するよう指導した はい いいえ  
 →「いいえ」の場合、その理由( )

2.最近の症状について

チェック項目	最近の症状について	対応	経過観察 (投与継続)	該当した場合は医療機関へ対応を確認 (投与継続)	該当した場合は患者様から医療機関へ連絡	備考欄
		重症度	Grade 1	Grade 2	Grade 3	(支持療法薬の使用状況、症状の出現時期、前回との比較など)
間質性肺炎	対応	初期症状が新規に発症、または症状の増悪に該当した場合は患者様から医療機関へ連絡				
	備考	<input type="checkbox"/> 新規の症状あり または <input type="checkbox"/> 症状の増悪あり ⇒(症状: <input type="checkbox"/> 息切れ・息苦しい <input type="checkbox"/> から咳 <input type="checkbox"/> 発熱) <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状の増悪なし				
血栓塞栓症	対応	<input type="checkbox"/> 新規の症状あり または <input type="checkbox"/> 症状の増悪あり ⇒(症状: <input type="checkbox"/> 息切れ、胸苦しさ <input type="checkbox"/> 手足の浮腫・腫脹・疼痛) <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状の増悪なし				
	備考					
発熱	発熱があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 38.0-39.0℃	<input type="checkbox"/> >39.0-40.0℃	<input type="checkbox"/> >40.0℃		
下痢	下痢があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて <4回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 4-6回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 7回以上/日の排便回数増加		
食欲不振	食欲の低下があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない 食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を 伴わない摂食量の変化、 経口栄養剤による補充を要する	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少または栄養失調を 伴う(例: カロリーや水分の経口摂取 が不十分)、静脈内輸液/経管栄養 /TPNを要する		
悪心	ムカムカ感や 嘔吐の衝動があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食生活の変化を伴わない 食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を 伴わない摂食量の変化で 食事摂取量50%以上	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴 わない摂食量の変化で食事摂取量50% 未満、または顕著な体重減少や栄養 失調を伴う		
嘔吐	嘔吐があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 治療を要さない	<input type="checkbox"/> 外来での静脈内輸液を要する、 内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> 経管栄養/TPN/入院を要する		
疲労	疲れやすさや だるさがあった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労、 だるさ、元気がないが 日中の50%以上をベッド外で過ごす	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労で、 だるさ、元気がなく 日中の50%以上をベッドで過ごす		
腹痛	腹痛があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛 *身の回り以外の ※日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛 **身の回りの ※日常生活動作の制限		
頭痛	頭痛があった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛 *身の回り以外の ※日常生活動作の制限	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛 **身の回りの ※日常生活動作の制限		
その他の副作用 伝達事項						

※日常生活動作 Activities of Daily Living (ADL)  
 \*身の回り以外の日常生活動作とは、食事の準備、日用品や衣服の買い物、電話の使用、金銭の管理などをさす。  
 \*\*身の回りの日常生活動作とは、入浴、着衣・脱衣、食事の摂取、トイレの使用、薬の内服が可能で、寝たきりではない状態をさす。 ○重症度の評価はCTCAE v5.0に基づいて行っています。

返信欄 (松江赤十字病院 薬剤部→保険薬局)

返信には数日かかる場合があります。

・上記の報告を確認し、以下の通り処方医へ情報提供しました。(報告日 月 日) ・情報提供の結果は、 <input type="checkbox"/> 当院から患者様へ連絡致しました。(□次回、受診日まで休薬となったため □受診となったため) <input type="checkbox"/> 服用継続指示に変更ありません。必要に応じて、患者様へ連絡をお願い致します。 【備考】	担当薬剤師 印
--	---------