日赤長崎原爆病院　御中

FAX:日赤長崎原爆病院　095-842-2990

FAXの流れ：保険薬局 →処方医師

2024年8月 作成 　　 報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**【CDK4/6阻害薬】服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科先生　御机下 | 保険薬局名：所在地：**〒** |
| 患者ID：患者名： 様 | 電話番号：  |
| FAX番号：  |
| 担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（[ ] かかりつけ薬剤師　　　[ ] 非　） |
| [ ]  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。 |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| **【薬剤】** | [ ] イブランス（パルボシクリブ）　　　　　　[ ] ベージニオ（アベマシクリブ） |
| 服用開始　　[ ] 1週目　　　　[ ] 2週目　　　　[ ] 3週目　　　　[ ] （　　　　　　　）週目 |
| **【フォローアップ】** | [ ] 実施（実施日　　　　　　　　　　）　　　聞き取り方法　　　[ ] 電話　　　　　　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| [ ] 実施不可（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【アドヒアランス】** | [ ] 良好　　　[ ] 時々忘れる　　　[ ] 忘れる　　　[ ] 拒薬あり　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**【副作用モニタリング（CTCAE v5.0）】**※色がついている部分に該当した場合は乳腺外来への連絡を患者さんへ促してください 。

□連絡を促した □薬剤師が代理で連絡（連絡先:　　　　　　　　　　　　） →いずれの場合もトレーシングレポートを送付願います

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grade | 0 | 1 | 2 | 3 |
| [ ] 発熱症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし　 | [ ] ３８－３９℃　　　 | [ ] ３９－４０℃　 | [ ] ４０℃＜ |
| [ ] 咳嗽 症状発現日(　 月　　日) | □なし | □軽度の症状　　 | □身の周り以外の日常生活に制限　 | [ ] 身の回りの日常生活に制限 |
| [ ] 呼吸困難症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 中等度労作時の息切れ　 | [ ] 極めて軽度の労作に伴う息切れ　　 | [ ] 安静時の息切れ |
| [ ] 下痢回数（ベースラインと比較） | [ ] なし | [ ] ＋１～３回/日　　 | [ ] ＋４～６回/日　 | [ ] ＋７回以上/日 |
| [ ] ロペラミド使用回数　　　　　　　　 | [ ] なし | [ ] １～３個/日 | [ ] ４～６個/日 | [ ] ８個以上/日 |
| [ ] 食欲不振・悪心症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下　 | [ ] 著明な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 | [ ] 著明な体重減少や栄養失調を伴う摂食量の変化　 |
| [ ] 口腔粘膜炎症状発現日(　 月　　日) | [ ] なし | [ ] 症状がない、または軽度の症状 | [ ] 食事の変更を要する | [ ] 経口摂取に支障がある |
| [ ] その他の症状　　症状発現日(　 月　　日) | 　 |
| 【薬剤師としての提案事項・その他報告事項（残薬情報を含む）】　[ ] **提案事項あり** |
| 【病院から保険薬局への伝達事項】返信日：　 　年　 　月　 　日　　　　記入者：[ ] 　報告事項を確認しました[ ] 　処方などを変更せずに経過観察します[ ] 　内容を考慮して対応します |