

## 【CDK4/6 阻害薬】服薬情報提供書

|                                                                            |                  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 担当医<br>科<br>先生 御机下                                                         | 保険薬局名:<br>所在地: 〒 |
| 患者 ID:                                                                     | 電話番号:            |
| 患者名: 様                                                                     | FAX 番号:          |
| 担当薬剤師名: (□かかりつけ薬剤師 □非 )                                                    |                  |
| <input type="checkbox"/> 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。                        |                  |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して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、ご報告いたします。

|           |                                                                                                                             |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【薬剤】      | <input type="checkbox"/> イブランス <input type="checkbox"/> ベージニオ                                                               |
|           | 服薬開始 <input type="checkbox"/> 1週目 <input type="checkbox"/> 2週目 <input type="checkbox"/> 3週目 <input type="checkbox"/> ( ) 週目 |
| 【フォローアップ】 | <input type="checkbox"/> 実施(実施日 )                                                                                           |
|           | 聞き取り方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                         |
|           | <input type="checkbox"/> 実施不可 ( )                                                                                           |
| 【アドヒアランス】 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒否あり       |
|           | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                            |

【副作用モニタリング(CTCAEv5.0)】※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                                              |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱<br>症状発現日( 月 日)      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 38-39℃             | <input type="checkbox"/> 39-40℃                  | <input type="checkbox"/> 40℃<                  |
| <input type="checkbox"/> 咳嗽<br>症状発現日( 月 日)      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度の症状              | <input type="checkbox"/> 身の周り以外の日常生活に制限          | <input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に制限          |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難<br>症状発現日( 月 日)    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 中等度労作時の息切れ         | <input type="checkbox"/> 極めて軽度の労作に伴う息切れ          | <input type="checkbox"/> 安静時の息切れ               |
| <input type="checkbox"/> 下痢回数<br>(ベースラインと比較)    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> +1~3回/日            | <input type="checkbox"/> +4~6回/日                 | <input type="checkbox"/> +7回以上/日               |
| <input type="checkbox"/> ロペラミド使用回数              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1~3個/日             | <input type="checkbox"/> 4~6個/日                  | <input type="checkbox"/> 8個以上                  |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振・悪心<br>症状発現日( 月 日) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下   | <input type="checkbox"/> 著大な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化 | <input type="checkbox"/> 著大な体重減少や栄養失調を伴う摂食量の変化 |
| <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎<br>症状発現日( 月 日)   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 症状がない、<br>または軽度の症状 | <input type="checkbox"/> 食事の変更を要する               | <input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がある            |
| <input type="checkbox"/> その他の症状<br>症状発現日( 月 日)  | ( )                         |                                             |                                                  |                                                |

【薬剤師としての所見】 ☐提案事項あり