

2024年2月6日

関係者 各位

洞薬会がん薬物療法委員会

## 「洞薬会テレフォンプォローアップシート（がん化学療法）」掲載のご案内

近年、保険薬局では、安全ながん薬物療法がおこなわれるよう、あらかじめ同意を得られたがん患者を対象に、抗がん薬投与日から次の受診日までの間に電話で副作用の発現状況や服薬状況などの聴取を行う「テレフォンプォローアップ」という取り組みがなされています。そして、テレフォンプォローアップによって聴取された情報は、トレーシングレポートを用いて医療機関に提供されています。

この度、洞薬会がん薬物療法委員会は、保険薬局薬剤師の皆様がテレフォンプォローアップを行う際にご利用いただける、「洞薬会テレフォンプォローアップシート（がん化学療法）」を作成しました。近年、がん治療は多様化しており、患者さんから聴取する副作用は治療レジメンによって多種多様です。保険薬局薬剤師の皆様がこのシートを用いることで、聴取すべき副作用の項目が明確となり、何を聴取すべきか迷わなくなります。そして、一つ一つの副作用項目には Grade 評価の指標が記載されているため、これまで以上に正確に副作用の評価を行うことが可能になると考えます。

多くの患者さんのテレフォンプォローアップにご活用いただきますよう、どうぞよろしく願いいたします。

<洞薬会テレフォンプォローアップシート（がん化学療法）に関するお問い合わせ先>

①シートの内容や使用方法等、シート自体に関するお問い合わせ先：

洞薬会がん薬物療法委員会（ml\_cancer\_drug※douyakukai.org）

※を@に変えてメールしてください

②個別の患者さんにシートを使用された時の疑問点などのお問い合わせ先：

対象の患者さんが下記の洞薬会がん薬物療法委員が所属する医療機関を受診している場合は、トレーシングレポートに（ ）内の薬剤師名とお問い合わせ内容を記載し、FAX 等でご連絡ください。

<洞薬会がん薬物療法委員>

産業医科大学病院（横山 雄一） 製鉄記念八幡病院（秋山 耕治） 九州労災病院（長谷川 将）

戸畑共立病院（阿部 雅雄） JCHO 九州病院（小笠 裕斗） 小倉記念病院（長谷 悠紀）

新小倉病院（空閑 健太） 北九州市立医療センター（松田 亜希子）

<本件に関するご意見箱>

テレフォンプォローアップシートの使用感や改善点など、回答を要しないご意見がありましたら下記の URL から google フォームにご記入をお願いします。

google フォーム：<https://forms.gle/AnfsG1MRwVrAiVy37>

# 【免疫関連有害事象】確認シート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	確認日
対応状況	<input type="checkbox"/> 患者・家族からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレホンフォローアップ <input type="checkbox"/> 薬局にて <input type="checkbox"/> その他（    ）			
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
レジメン名				
<b>●直接医師連絡、患者へ受診勧告</b> （すぐに病院へ連絡が必要な症状です）		<b>◎トレーシングレポート</b> （確認シートをトレーシングレポートに添付）		
<b>【間質性肺炎】</b> <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 空咳  <b>【大腸炎・重度の下痢】</b> <input type="checkbox"/> 下痢（1日4-6回の排便回数の増加） <input type="checkbox"/> 激しい腹痛 <input type="checkbox"/> 血便、黒い便が出る  <b>【重症筋無力症・筋炎】</b> <input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 足・腕に力が入らない  <b>【重度の皮膚障害】</b> <input type="checkbox"/> 全身に広がる発疹 <input type="checkbox"/> ひどい口内炎、目の充血  <b>【心筋炎】</b> <input type="checkbox"/> むくみ、体重増加 <input type="checkbox"/> 動悸がする  <b>【1型糖尿病】</b> <input type="checkbox"/> のどがひどく渴く <input type="checkbox"/> 水を多く飲む <input type="checkbox"/> 尿量や回数が増える		<b>【内分泌障害】</b> <input type="checkbox"/> いつもより疲れやすい <input type="checkbox"/> 体重の増加・現象 <input type="checkbox"/> 行動の変化（イライラ・物忘れ）  <b>【神経障害】</b> <input type="checkbox"/> 運動のまひ <input type="checkbox"/> 感覚のまひ <input type="checkbox"/> 手足の痺れ・痛み  <b>【肝障害】</b> <input type="checkbox"/> 皮膚や白目が黄色くなる  <b>【皮膚障害】</b> <input type="checkbox"/> 皮膚がかゆい <input type="checkbox"/> 発疹が出る  ※上記の症状でも、緊急性が高い場合は 直接医師連絡または、患者へ受診勧告を してください。		
		<b>【その他】</b>		

## 【EC】 テレフォンフォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	
		吐き気あるが 今まで通り食べられる	吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		1-2回/日	3-4回/日	6回以上/日	
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		食欲はないが 今まで通り食べられる	食事は減ったが 体重変化はない	食べられない 体重減少あり	
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		軽度のだるさ	家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	ADLができない便秘 (揃便を要する)	
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		ベースライン+4回未満	ベースライン+4~6回	ベースライン+7回以上	
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		軽度の疼痛	食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	経口摂取に支障のある 重度の疼痛	

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (発現時期: ) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (心理的影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	: <input type="checkbox"/> 緊急性あり
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (症状: )		

**Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)**  
 ※テレフォンフォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。  
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

## 【AC】テレフォンプォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (排便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (発現時期: ) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (心理的影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	: <input type="checkbox"/> 緊急性あり
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (症状:		

**Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)**  
 ※テレフォンプォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。  
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

## 【ドセタキセル】テレフォンプォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の服用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (排便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の症状	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する 中等度の症状	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない 高度の症状	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発現時期: ) : <input type="checkbox"/> 緊急性あり <input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用				
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (心理的影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (体重増加 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: kg増)				
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ : <input type="checkbox"/> 緊急性あり				
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: )				

**Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)**  
 ※テレフォンプォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。  
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

## 【CapOX】テレフォンプォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
カペシタピンのアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ( )				

<b>末梢神経障害</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		軽度の症状	ADLを制限する 中等度の症状	ADLができない 高度の症状	
<b>吐き気</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		吐き気あるが 今まで通り食べられる	吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
<b>嘔吐</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		1-2回/日	3-4回/日	6回以上/日	
<b>食欲不振</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		食欲はないが 今まで通り食べられる	食量は減ったが 体重変化はない	食べられない 体重減少あり	
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
<b>倦怠感</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		軽度のだるさ	家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	
<b>便秘</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		不定期または間欠的 (緩下剤の服用)	ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	ADLができない便秘 (排便を要する)	
<b>下痢</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		ベースライン+4回未満	ベースライン+4~6回	ベースライン+7回以上	
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
<b>口内炎</b>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
		軽度の疼痛	食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	経口摂取に支障のある 重度の疼痛	

<b>発熱 (37.5度以上)</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発現時期: ) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (心理的影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ <input type="checkbox"/> :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: )		

**Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)**  
 ※テレフォンプォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。  
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。