



国立病院機構 熊本医療センター 薬剤部行 FAX番号 096-325-2519

※受信後、病院FAX担当から薬剤部（内線3103）へFAXをお願いします。

患者氏名（@PATIENTNAME 様） ID（@PATIENTID）

性別（@PATIENTSEXN） 生年月日（@PATIENTBIRTH） 次回診察予約日： 年 月 日（ ）

レジメン名（レンパチニブ+ベムプロリズマブ療法）

テレフォンプォローアップ用 情報共有シート

服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬できた <input type="checkbox"/> 服薬できないことがあった（ 回数）	
高血圧	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	収縮期血圧（ ～ ） 拡張期血圧（ ～ ） <u><input type="checkbox"/>収縮期160以上 <input type="checkbox"/>拡張期90以上</u>
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽い吐気があるが食事はとれる <input type="checkbox"/> 吐気あり食事は少量、または経口栄養剤を補助している <input type="checkbox"/> 強い吐気で食事、水が取れない 【その他】 <input type="checkbox"/> 体重減少
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 1日1-3回 <input type="checkbox"/> 1日4-6回 <u><input type="checkbox"/>1日7回以上</u>
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	●手のひらが体表面積の1%程度● <input type="checkbox"/> 皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、片腕、片足のどこか1箇所にてきている <input type="checkbox"/> 皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、両腕、両足の2箇所にてきている <u><input type="checkbox"/>皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、両腕、両足の3箇所以上にてきている</u> 【その他】 <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 滲出液 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発熱
手足症候群	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 軽微な皮膚の変化や皮膚炎（赤み・はれ・かさかさ）がある <input type="checkbox"/> 痛みがあり、身の回り以外の日常生活動作に制限がある <u><input type="checkbox"/>痛みがあり、身の回りのことができない</u> 【その他】 <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> ひりひり <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 角質が厚くなる <input type="checkbox"/> 出血
脱力感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 手足にしびれがある <input type="checkbox"/> 手足にしびれがあるが、身の回りのことは自分でできる <u><input type="checkbox"/>手足に痛みがあり、身の回りのことが自分でできない</u> 【その他】 <u><input type="checkbox"/>しゃべりにくい <input type="checkbox"/>飲みみにくい</u>
労作時息切れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> 坂道や階段の昇降時に息苦しさを感ずる <u><input type="checkbox"/>日常生活時の息切れ <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>微熱が続く</u>
倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> だるさはある <input type="checkbox"/> だるさはあるが、身の回りのことは自分でできる <input type="checkbox"/> だるさがあり、身の回りのことが自分でできない <u><input type="checkbox"/>1日の半分以上起きてられない</u>
筋肉痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 痛みを感じることもある <input type="checkbox"/> 軽い痛みがあるが日常生活に制限ない <input type="checkbox"/> 強い痛みがあり日常生活に制限がある <u><input type="checkbox"/>尿の色が赤黒い</u>
頭・眼症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<u><input type="checkbox"/>頭痛、意識が薄れる <input type="checkbox"/>見え方に異常がある <input type="checkbox"/>まぶたが重い</u>
出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 歯茎の出血 <input type="checkbox"/> 血尿 <u><input type="checkbox"/>血便</u> <input type="checkbox"/> その他部位【 】 <u><input type="checkbox"/>血が止まらない</u>
その他		
※二重線の項目に✓がついた場合、緊急性がある可能性があるため、病院にご連絡ください。		
調剤薬局名（ ） 担当薬剤師（ ）		
調剤薬局電話番号（ ）		
聞き取り日： 年 月 日（ ）		
返信欄		