

報告日： 2022 年 9 月 30 日

FAX送信先： ●●●●●●

FAX番号： 075 - 999 - 9999

フォローアップシート：抗がん薬

処方せん発行日	2022 年 9 月 15 日	保険薬局 名称・所在地	右京薬局
処方医	呼吸器外科 ●● ●● 先生		
患者ID： 753-159-852	電話番号： 075-951-7520		
患者氏名： 岩倉 京太郎 様	FAX番号： 075-357-4286		
生年月日： 1958 年 12 月 8 日	担当薬剤師名： ○○ ○○ 印		
この情報を伝えることに対して患者の同意を ☒ 得た ☐ 得ていない ☐ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。			

情報提供書の対象薬剤名・レジメン名： ペムブロリズマブ

1. 服薬状況

☒ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良 ※良好以外の場合、「その他」の欄に理由を記載してください。

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 発熱（なし）あり

【特記事項】

■ 呼吸困難（なし）あり

- ☐ Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
☐ Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
☐ Grade3 安静時の息切れ

● 出血（なし）あり

【特記事項】 ※出血部位など

■ 倦怠感（なし）あり

- ☒ Grade1 だるさがある、または元気がない
☐ Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
☐ Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される

● 発疹・皮膚症状（なし）あり

【特記事項】 ※部位、症状など

■ 下痢（なし）あり ブリストルスケール：)

- ☐ Grade1 1日あたり4回未満の排便回数増加
☐ Grade2 1日あたり4～6回の排便回数増加
☐ Grade3 1日あたり7回以上の排便回数増加

■ 食欲不振（なし）あり 原因：)

- ☐ Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下
☐ Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化
☐ Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う

■ 体重減少（なし）あり： kg ⇒ kg)

- ☐ Grade1 ベースラインより5-＜10%減少
☐ Grade2 ベースラインより10-＜20%減少
☐ Grade3 ベースラインより≥20%減少

● 口渇（なし）あり

【特記事項】

● 多飲（なし）あり

【特記事項】

● 浮腫；むくみ（なし）あり

【特記事項】 ※むくみの場所など

■ しびれ（なし）あり

- ☐ Grade1 臨床所見または検査所見のみ；治療を要さない
☐ Grade2 身の回り以外の日常生活動作の制限
☐ Grade3 身の回りの日常生活動作の制限

※副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。⇒ ☐ 受診を勧めた

3

【シート作成のポイント】

ペムブロリズマブは免疫チェックポイント阻害薬用フォローアップシートの副作用項目をカスタマイズせずに使用。

査提案など)

ペムブロリズマブの甲状腺機能低下症によるタリリングをお願いします。