関係各位

愛媛大学医学部附属病院 薬剤部

抗がん剤副作用モニタリングシート改定のお知らせ

愛媛大学医学部附属病院（以下、当院）にて、経口抗がん剤を処方されている患者に対し、当院の医師・薬剤師と保険薬局との間で患者情報を共有することを目的に「抗がん剤副作用モニタリングシート」の作成、運用を行っております。

この度、従来使用しておりましたTS-1、ゼローダ、イレッサ/タルセバ/ジオトリフを対象とした「抗がん剤副作用モニタリングシート」を改定致しましたのでお知らせさせていただきます。主な改定内容は以下の通りです。

また、裏面に改定後の各副作用モニタリングシートを添付しておりますので併せてご確認ください。

- ① 各副作用モニタリングシートの“最近 2 週間の症状についてご記入下さい”の項における質問文の変更

（例）下痢

（旧様式の質問文）下痢は無かった はい いいえ

↳ 症状があることを意味する

（新様式の質問文）下痢があった ある ない

↳ 症状があることを意味する

- ② 薬品名の表記を商品名から一般名へ変更

TS-1 ⇒ テガフル・ギメシル・チラシル

ゼローダ ⇒ カペシタビン

イレッサ/タルセバ/ジオトリフ ⇒ ゲフィチニブ/エルロチニブ/アフアチニブ

上記の変更に伴いまして「抗がん剤副作用モニタリングシート」使い方マニュアルについても記載内容を変更しております。

各副作用モニタリングシートおよび「抗がん剤副作用モニタリングシート」使い方マニュアルは当院薬剤部ホームページに掲載しておりますのでご確認のほど、よろしく願い致します。

※愛媛大学医学部附属病院薬剤部ホームページ：<http://www.hsp.ehime-u.ac.jp/medicine/>（トップページ左の「薬・薬連携」内の「抗がん剤」をクリックしてください。）

問い合わせ先：愛媛大学医学部附属病院薬剤部（089-960-5738）

● テカ[®]フル・キ[®]メラシル・オテラシル

テカ [®] フル・キ [®] メラシル・オテラシル 確認日 年 月 日 ☐ ご本人 ☐ ご家族		ある場合はこちらの項目にもご記入ください
チェック項目	最近2週間の症状についてご記入下さい	
下痢	下痢があった ☐ ある ☐ ない	1日4回以上の下痢をした ☐ ある ☐ ない
口内炎	口の中に痛みがあった ☐ ある ☐ ない	口の中に痛みがありいつもの食事が取れない ☐ ある ☐ ない
悪心	いつも通り食事が取れていないもしくは体重減少がある ☐ ある ☐ ない	食事の量が減っている ☐ ある ☐ ない
嘔吐	吐いた日があった ☐ ある ☐ ない	1日3回以上吐いた日があった ☐ ある ☐ ない
眼症状	眼に違和感がある ☐ ある ☐ ない	涙が溢れたり、物が見えにくくなった ☐ ある ☐ ない
その他	(特記事項があれば記載)	

● カペシタピン

カペシタピン 確認日 年 月 日 ☐ ご本人 ☐ ご家族		ある場合はこちらの項目にもご記入ください
チェック項目	最近2週間の症状についてご記入下さい	
下痢	下痢があった ☐ ある ☐ ない	1日4回以上の下痢をした ☐ ある ☐ ない
口内炎	口の中に痛みがあった ☐ ある ☐ ない	口の中に痛みがありいつもの食事が取れない ☐ ある ☐ ない
悪心	いつも通り食事が取れていないもしくは体重減少がある ☐ ある ☐ ない	食事の量が減っている ☐ ある ☐ ない
嘔吐	吐いた日があった ☐ ある ☐ ない	1日3回以上吐いた日があった ☐ ある ☐ ない
手足症候群	手のひらや足裏の痛みや腫れがあった ☐ ある ☐ ない	皮膚乾燥、赤み・腫れ、ひびなどあり、痛い ☐ ある ☐ ない
その他	(特記事項があれば記載)	

● ゲフィチニブ/エルロチニブ/アファチニブ

ゲフィチニブ/エルロチニブ/アファチニブ 確認日 年 月 日 ☐ ご本人 ☐ ご家族		ある場合はこちらの項目にもご記入ください
チェック項目	最近2週間の症状についてご記入下さい	
間質性肺炎	乾いた咳や息苦しさがあった ☐ ある ☐ ない	発熱>38℃、咳、労作時に息切れがあった ☐ ある ☐ ない
下痢	下痢があった ☐ ある ☐ ない	1日4回以上の下痢をした ☐ ある ☐ ない
ざ瘡様皮疹	ニキビの様なぶつぶつがあった ☐ ある ☐ ない	赤や黄色っぽいぶつぶつができています ☐ ある ☐ ない
皮膚症状	皮膚の乾燥・かゆみがあった ☐ ある ☐ ない	広い範囲で皮膚の赤みや腫れ、かゆみがある ☐ ある ☐ ない
爪囲炎	爪周囲の赤みや腫れ、皮膚剥離があった ☐ ある ☐ ない	赤みや腫れで痛みがある ☐ ある ☐ ない
その他	(特記事項があれば記載)	