

| | | | | | | | |
|-------|--------|---------|------|---------|---|---|---|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 年齢 | (歳) | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | (携帯) | (緊急連絡先) | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 代理人氏名 | 続柄 () | | | | | | |

| | | | |
|------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| 病院 / 診療科 / 担当医師名 | 科 | | 先生 |
| 診断名 / 病期(ステージ) | <input type="checkbox"/> 診断が確定していない | | I ・ II ・ III ・ IV |
| 治療サイクル | | | |
| 治療日 | 前回治療日(前回受診日) 年 月 日 | 次回治療予定日(次回受診予定日) 年 月 日 | |
| 身長 / 体重 | cm | 前回から kg の増減: | kg 増減 |

過去の治療歴・既往歴

| | | | |
|---|--|--------|----------------------------------|
| 1 | これまでに手術、放射線治療、抗がん剤治療(点滴・内服)を受けたことがありますか？ | はい いいえ | 薬剤名: 実施時期: 副作用: |
| 2 | がん以外の持病はありますか？ | はい いいえ | 糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 その他: 治療状況: |
| 3 | B型・C型肝炎やHIVなどの感染症を指摘されていますか？(治療方針に影響する可能性がある為) | はい いいえ | 治療状況: |

疼痛コントロール

| | | | |
|---|---|--|---------------------|
| 4 | 痛みはありますか？ | はい いいえ | レスキューの服用回数 ↓ 回/日 |
| 5 | 通常時に痛い時の強さはどのくらいですか？ | 痛みなし 最もひどい痛み 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 6 | 最も痛い時の強さはどのくらいですか？ またいつ痛いのかと部位を教えてください。 | 痛みなし 最もひどい痛み 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| | どのような時が痛いですか？ 痛みのある部位を右の図に示してください。 | | |

有害事象(副作用)の経過と重症度評価

| | | | |
|----|---|--------|---|
| 7 | 便秘はありましたか？ (最も続いた時 日間) | はい いいえ | ない・まれに・時々・しばしば・いつも |
| 7 | 最も多い便の形を教えてください。 | | |
| 8 | 吐き気や嘔吐はありましたか？(日間) 制吐剤(特に予期制)で困った点を教えてください。 | はい いいえ | ない・まれに・時々・しばしば・いつも 困った点: |
| 9 | 下痢はありましたか？ (一日に最も多い時 回/日) | はい いいえ | ない・まれに・時々・しばしば・いつも 下痢止めでコントロール↓ できた・そこそこ・できなかった |
| 10 | 口内炎の痛みで、食事が摂れない状態でしたか？(日間) | はい いいえ | ない・あまりない・少しある・ある |
| 11 | しびれが悪化していますか？ (例: ボタンがかけられない) | はい いいえ | 具体的な支障: |
| 12 | 睡眠が満足ではない日はありましたか？ (日/週) | はい いいえ | 理由: |
| 13 | 発疹・かゆみ・乾燥などの症状は悪化していますか？ | はい いいえ | 保湿剤の使用頻度↓ ない・まれに・時々・しばしば・いつも |
| 14 | 今回のサイクルで、治療後だるさを感じましたか？(最もだるさが強かった日 日目) | はい いいえ | 症状: 活動レベルへの影響↓ ない・あまりない・少しある・ある |
| 15 | 上記以外の気になる症状はありますか？ (発熱(38℃以上)・息切れ・むくみなど) | はい いいえ | 症状: |

服薬アドヒアランスと併用薬の確認

| | | | |
|----|---|--------|--|
| 16 | 前回から今回までの間で、病院で処方された薬、または市販薬・サプリメントを新しく始めましたか？ | はい いいえ | 開始日: 品名: |
| 17 | 前回指導した吐き気止めや下痢止めなどの支持療法薬は、適切に使用できていますか？ 効果はどうでしたか？ | はい いいえ | 使用できていない理由: 効果↓ ない・あまりない・少しある・ある |

全身状態と治療への理解度

| | | |
|----|---|------------------------------|
| 18 | 現在の体調は、がんになる前の体力と比べてどの程度ですか？(普段通り動ける・横になって過ごす時間が少しあるなど) | |
| 19 | 今回始まる治療(レジメン)について、どのような効果と主な副作用があると聞いていますか？ | 効果: 副作用: |
| 20 | 内服薬を決まった時間に飲むこと、服薬の管理はご自身でできますか？ | 自己管理・サポート有 サポート者名: 続柄: |
| 21 | 現在の治療や薬について、最も不安に思っていることや、薬剤師に相談したいことを教えてください。 | |

ご協力いただきありがとうございました。

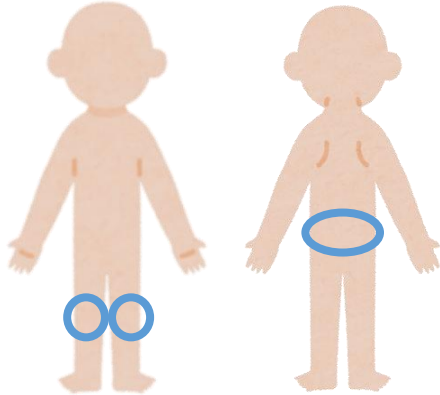
| | | | |
|---------------|---|------------|---|
| フリガナ 氏 名 | ヤマナカ ヤクコ 山中 薬子 | 男・女 年 齢 | 生年月日 大・昭・平・令 34年 5月 6日 (66 歳) |
| 住 所 | 〒 850-0001 長崎市西山2-9-1 | | |
| 電話番号 | (携帯) 095-823-6397 (緊急連絡先) 080-5214-8915 | | |
| フリガナ 代理人氏名 | ヤマナカ ヤクオ 山中 薬男 | 続柄 (夫) | |

| | |
|------------------|---|
| 病院 / 診療科 / 担当医師名 | ●▲病院 腫瘍内 科 ■■ 先生 |
| 診断名 / 病期(ステージ) | □診断が確定していない ●■▲がん I ・ II ・ III ・ IV |
| 治療サイクル | サイクル(2) |
| 治療日 | 前回治療日(前回受診日) 2026年 1月 19日 次回治療予定日(次回受診予定日) 2026年 2月 16日 |
| 身長 / 体重 | 150 cm 60 kg 前回からの増減: 2 kg 増減 |

過去の治療歴・既往歴

| | | | |
|---|--|--------|---|
| 1 | これまでに手術、放射線治療、抗がん剤治療(点滴・内服)を受けたことがありますか? | はい いいえ | 治療法: ●●● 実施時期: 2026年1月19日-2026年1月23日 副作用: ▲▲▲ |
| 2 | がん以外の持病はありますか? | はい いいえ | 糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 その他: 治療状況: ●■病院へ通院 |
| 3 | B型・C型肝炎やHIVなどの感染症を指摘されていますか?(治療方針に影響する可能性がある為) | はい いいえ | 治療状況: エンテカビルを服用 |

疼痛コントロール

| | | | |
|----------------------|--|--|----------------------|
| 4 | 痛みはありますか? | はい いいえ | レスキューの服用回数↓ 2 回/日 |
| 5 | 通常時に痛い時の強さはどのくらいですか? | 痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最もひどい痛み | |
| 6 | 最も痛い時の強さはどのくらいですか? またいつ痛いのかと部位を教えてください。 | 痛みなし 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最もひどい痛み | |
| | どのような時が痛いですか? 立ち上がる時、座る時 階段の上り下りの時 |  | |
| 痛みのある部位を右の図に示してください。 | | | |

有害事象(副作用)の経過と重症度評価

| | | | |
|----|---|---|--|
| 7 | 便秘はありましたか？ (最も続いた時 5 日間) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | ない・まれに・時々・ <input checked="" type="radio"/> しばしば・いつも |
| 7 | 最も多い便の形を教えてください。 | | |
| 8 | 吐き気や嘔吐はありましたか？(3 日間) 制吐剤(特に予期制)で困った点を教えてください。 | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | ない・まれに・ <input checked="" type="radio"/> 時々・しばしば・いつも 困った点： 眠気が強い |
| 9 | 下痢はありましたか？ (一日に最も多い時 2 回/日) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | ない・ <input checked="" type="radio"/> まれに・時々・しばしば・いつも 下痢止めでコントロール↓ <input checked="" type="radio"/> できた・そこそこ・できなかった |
| 10 | 口内炎の痛みで、食事が摂れない状態でしたか？(3 日間) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | ない・あまりない・ <input checked="" type="radio"/> 少しある・ある |
| 11 | しびれが悪化していますか？ (例:ボタンがかけられない) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 具体的な支障： 夜にしびれがひどくなる ペンをうまく持てない |
| 12 | 睡眠が満足ではない日はありましたか？ (5 日/週) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 理由： 夜にしびれがひどくなる 不安で眠れない |
| 13 | 発疹・かゆみ・乾燥などの症状は悪化していますか？ | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 保湿剤の使用頻度↓ ない・まれに・時々・しばしば・ <input checked="" type="radio"/> いつも |
| 14 | 今回のサイクルで、治療後だるさを感じましたか？(最もだるさが強かった日 4 日目) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 症状： だるい・眠気 活動レベルへの影響↓ ない・あまりない・ <input checked="" type="radio"/> 少しある・ある |
| 15 | 上記以外の気になる症状はありますか？ (発熱(38℃以上)・息切れ・むくみなど) | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 症状： むくみが気になる |

服薬アドヒアランスと併用薬の確認

| | | | |
|----|---|---|---|
| 16 | 前回から今回までの間で、病院で処方された薬、または市販薬・サプリメントを新しく始めましたか？ | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 開始日： 2026年1月27日 品名： ●▲■サプリメント |
| 17 | 前回指導した吐き気止めや下痢止めなどの支持療法薬は、適切に使用できていますか？効果はどうでしたか？ | <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | 使用できていない理由： 使用できている 効果↓ ない・あまりない・少しある・ <input checked="" type="radio"/> ある |

全身状態と治療への理解度

| | | | |
|----|---|--|--|
| 18 | 現在の体調は、がんになる前の体力と比べてどの程度ですか？(普段通り動ける・横になって過ごす時間が少しあるなど) | 以前と比べると横になることが少し増えた | |
| 19 | 今回始まる治療(レジメン)について、どのような効果と主な副作用があると聞いていますか？ | 効果： がん細胞の増殖を抑える 副作用： 吐き気・食欲低下 | |
| 20 | 内服薬を決まった時間に飲むこと、服薬の管理はご自身でできますか？ | 自己管理・ <input checked="" type="radio"/> サポート有 サポート者名： 山中 薬男 続柄： 夫 | |
| 21 | 現在の治療や薬について、最も不安に思っていることや、薬剤師に相談したいことを教えてください。 | 副作用が生活に影響していることの不安。副作用の軽減について。 | |

ご協力いただきありがとうございました。