

**がん化学療法に対する薬物有害事象チェックシート (CTCAE v 5.0) ver2020-0411**

(注意)本書による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り処方医へ確認してください。

※CTCAE ( Common Terminology Criteria for Adverse Events) : 有害事象共通用語規準

情報収集日		報告日	
処方せん発行日		保険薬局名	
診療科		所在地	
処方医氏名 *かかけでも可		電話番号	
高知大学病院 患者ID		担当薬剤師	
患者氏名 *かかけでも可		医師に対する情報提供への同意	<input type="checkbox"/> 同意を得た 同意取得日: <input type="checkbox"/> 患者は拒否。しかし治療上重要だと思われるため報告
患者生年月日		レジメン名	
経口抗がん薬名			
【アドヒアランス】	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良 →	アドヒアランス不良理由:
【残薬】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり →	残薬発生理由:

以下の薬物有害事象項目を抗がん薬および化学療法レジメンの種類に応じてチェックしてください。これ以外の情報は「詳細情報」に記載してください (可能な場合グレード評価を)

\*日常生活に支障があるか否かの判断・・・日常生活動作、ADL (英: activities of daily living)、すなわち食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可

	副作用知識(患者)		
	起きることを知らない	起きることは知っている	対策も把握している
発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり: 時期(月/日): / ~ /	熱 °C
空咳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり: 時期(月/日): / ~ /	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり: 時期(月/日): / ~ /	回数 回

評価項目	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3 *要注意	起きることを知らない	起きることは知っている	対策も把握している
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 吐き気や気持ち悪さはなく、今までどおりの食欲がある	<input type="checkbox"/> 食欲は少し落ちているが、食事量に変化がない	<input type="checkbox"/> 食事量は減っているが、大きな体重減少はなく、脱水や栄養失調もない	<input type="checkbox"/> 食事や水分がほとんど摂れず、大きな体重減少または栄養失調がみられる			
味覚不全 *嗅覚の低下によることもある	<input type="checkbox"/> 味の変化なし	<input type="checkbox"/> 味覚に変化があるが、食事の内容は変わらない	<input type="checkbox"/> 食事が美味しく感じられない、または味がしないため、食事の内容も変化している				
口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="checkbox"/> 口内炎なし	<input type="checkbox"/> わずかに症状があるが、食事には影響していない	<input type="checkbox"/> 痛みや口内の炎症があるが、口からは食べられる。ただし食事の内容は食べやすいものに変更している	<input type="checkbox"/> 口内に強い痛みと炎症(潰瘍)があり、十分に食べられない			
下痢	<input type="checkbox"/> 下痢なし	<input type="checkbox"/> ふだんより排便回数が2~3回増えている	<input type="checkbox"/> ふだんより排便回数が4~6回増えている。日常生活には支障がない	<input type="checkbox"/> ふだんより排便回数が7回以上増えている。日常生活に支障がある			
便秘	<input type="checkbox"/> 便秘なし	<input type="checkbox"/> 時々便秘になる。便秘薬は時々使用する。	<input type="checkbox"/> 便秘薬や浚腸を定期的に使用している。	<input type="checkbox"/> 排便しないと出ない。			
疲労・倦怠感 *つかれ、しんどさ	<input type="checkbox"/> だるさはなく、元気もある	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がないが、休めばよくなる	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない。休んでもよくなる。ただし、日常生活には支障がない	<input type="checkbox"/> だるさがある、または元気がない。休んでもよくなる。そして日常生活に支障がある			
関節痛 *関節の著しく不快な感覚	<input type="checkbox"/> 関節の痛みはない	<input type="checkbox"/> 軽度の関節痛がある	<input type="checkbox"/> 中くらいの痛みがあるが日常生活には支障がない	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、日常生活に支障がある			
末梢性運動ニューロパチー *筋力低下、筋萎縮 末梢性感覚ニューロパチー *しびれ、痛み	<input type="checkbox"/> しびれや痛みはない	<input type="checkbox"/> しびれや痛みが少しあるが、動作に影響はない	<input type="checkbox"/> 中くらいのしびれや痛みがあり動作に少し支障があるが、日常生活には支障がない	<input type="checkbox"/> 強いしびれや痛みがあり、動作や日常生活に支障がある			
手掌・足底発赤知覚不全症候群(手足症候群) *手足の炎症、赤み、腫れ	<input type="checkbox"/> 変化なし	<input type="checkbox"/> 痛みを伴わない、軽めの皮膚の変化または炎症(例: 赤み、腫れ、硬さ)	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化(例: 赤み、腫れ、硬さ)があるが、日常生活には支障がない	<input type="checkbox"/> 強い痛みを伴う皮膚変化(例: 赤み、腫れ、硬さ)があり、日常生活に支障がある			
重症筋無力症 *視覚異常、眼瞼下垂、嚥下機能低下、手足の脱力	当てはまる症状はない <input type="checkbox"/> ※Grade1以上は次ページの重症筋無力症チェックへ	<input type="checkbox"/> 少しあてはまる症状があるが、ほとんど気にならない	<input type="checkbox"/> あてはまる症状があり、少し困難に感じる動作がある	<input type="checkbox"/> 強くあてはまる症状があり、日常生活においてかなり困難に感じる動作がある			

