#### 化学療法センター薬薬連携

====運用マニュアル=====

#### 【目的】

一宮市立市民病院ではがん患者さんの地域連携を支援する方策として、医療施設で行われているがん化学療法についての情報(治療レジメンと投与量、治療によって予測される副作用、支持療法、副作用対策など)を記載した情報提供用紙(詳細は別紙参照)を作成し、これを用いて保険薬局と医療機関での相互の情報共有を目指す。

#### 【運用方法】

- ① 外来化学療法専任薬剤師が、外来化学療法における情報提供用紙の意義と運用について患者さんに説明を行い、同意を得る。
- ② 外来化学療法専任薬剤師が、外来化学療法時に情報提供用紙を作成し、患者さんに交付するとともに、情報提供用紙を保険薬局で提示するように指導する。
- ③ 保険薬局では指導内容や気付いた点を「保険薬局薬剤師より」の項目へ記載して頂く。
- ④ 記載後は、保険薬局より医療機関へ FAX にて返信する。

#### 【情報提供用紙の内容説明】

	六川城のアドナ石 成ら1】 	Ann = 17
No.	項目	解説
1	患者情報	個人情報を含むため、患者もしくは家族に同意を取っ
		ているが、管理には十分注意が必要。
2	投与レジメンと予測される主な副作用	1 コースあたりの投与方法を記載(空欄に実投与量を
		記入すること)。
		投与薬剤名は商品名で記載。
		予想される主な副作用は、各レジメンで知られている
		代表的な副作用を、「その他」にはそれ以外に重要と
		思われる副作用や症状を手書きで記載すること。
3	連絡事項	化学療法中に発現した副作用や支持療法・患者指導
	支持療法・指導時の留意点など	時の留意点などを記載。
		医療施設の薬剤師が患者さんから収集した情報をリ
		アルタイムに記載。
		患者指導時に確認すべき内容や患者情報など特に保
		険薬局薬剤師に伝える必要がある情報を記載。
4	副作用対策など	特に注意が必要な抗がん剤の副作用対策などを、医
		療機関での指導内容を中心にポイントをしぼって記
		載。保険薬局での指導に活用可能。
5	保険薬局薬剤師からの情報提供	保険薬局からの情報提供欄。
		指導内容や気付いた点を記載。記載後は、医療機関
		へ FAX で返信する。

# 情報提供用紙(Xelox 療法)

ID :	<del>_</del>	言	7日:	年	月	日
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院	(氏名)		(薬剤師•看	<b>i護師</b> )		
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FA	X: 0586-23-6016					
(投与レジメン) 今回は、 コー	ース 日目です	<b>†</b>				
身長: cm	体重: kg	体表面積:	m <sup>*</sup>			
レジメン内容	処方内容(実投	与量) 1日目	14 日	目	22日目・	• • •
カペシタビン錠 2000mg/㎡(経口投-	与)	_	<del></del>			<b>→</b>
エルプラット 130mg/㎡ (点滴静活	È)	<b>†</b>			<del> </del>	
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内		1目(朝)まで内	服することにな	います。		
(予測される主な副作用) 骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便 その他( (連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意		肖神経障害、手	·足症候群			)
<ul><li>(手足症候群(HFS)のケアについて)</li><li>・HFS 予防として、保湿クリームの頻回</li><li>・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェッ</li></ul>	ク					  も継続)
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での)		付光、衣服に	よる手足の圧	迫を避ける	3	
(エルプラットの末梢神経障害の予防に		· = = ++==		. &L & 4L a	~ IT T '	ND÷ /   7
・投与後5日間程度は、エアコンの送風	風や冬場の外気など流	う気への直接の	)暴露や冷たし	八飲食物の	)摂取を	避ける
(保険薬局薬剤師より)						
指導日: 年 月 日 薬	剤師名(薬局名):		(			)
□服薬アドヒアランス ( 良好・不良 )						
□治療に対する理解度 ( 良好・不良	)					
□医療機関への連絡事項・情報提供用	月紙に関するご要望					

# 情報提供用紙(BV+Xelox 療法)

ID:		記入日:	年	月	日
	名)	(薬剤師・看	護師)		
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: (	0586-23-6016				
(投与レジメン) 今回は、 コース	日目です				
身長: cm 体.	重: kg 体表面	面積: mឺ			
レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目・・・・・14日	目2	2 日目・・	
カペシタビン錠 2000mg/㎡ (経口投与)		<b>→</b>			<b>→</b>
エルプラット 130mg/㎡ (点滴静注)		<b>†</b>		<b>\</b>	
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		<b>↓</b>		<del> </del>	
*カペシタビン錠は1日目(夕)から内服開	  始の場合は15日目(朝)	 まで内服することにな	ります。	·	
(予測される主な副作用)					
骨髓抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	口内炎など)、末梢神経降	章害、手足症候群、出	l血、高血E	Ē.	
血栓塞栓症、蛋白尿、消化管穿孔、創傷治	癒遅延				
その他(					)
(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点	など				
(手足症候群(HFS)のケアについて)					
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布	(目安1日5回以上、入	浴後は 15 分以内)(カ	パシタビン	·休薬中も	継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック					
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴		衣服による手足の圧	迫を避ける	)	
(エルプラットの末梢神経障害の予防につい	•				
・投与後5日間程度は、エアコンの送風や名	冬場の外気など冷気への	)直接の暴露や冷たし	\飲食物の	摂取を避	ける
(アバスチン併用時の注意)					
・自宅での定期的な血圧測定を行う	・手術や抜歯の予定があ	ある方は医師へ相談し	て下さい		
<ul><li>経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の</li></ul>	可能性があるため、自己	己判断で鎮痛剤を使用	月しない		
・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸	吸困難は動・静脈血栓塞	栓症や虚血性心疾患	の可能性	があるた	め、主
治医に連絡する					
(保険薬局薬剤師より)					
指導日: 年 月 日 薬剤師	i名(薬局名):	(			)
□服薬アドヒアランス ( 良好・不良 )					
口治療に対する理解度 ( 良好・不良 )					
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙に	に関するご要望				

# 情報提供用紙(CB 療法)

ID:		記入日:	年	月 日
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院(氏:	名)	(薬剤館	师•看護師)	
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: (	0586-23-6016			
(投与レジメン) 今回は、 コース	日目です			
身長: cm 体.	重: kg 体表面	ī積: m <sup>*</sup>		
レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目・・・・・・1	4 日目・・・・	22 日目
カペシタビン錠 2000mg/㎡(経口投与)			<b>→</b>	
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		<b>\</b>		<del> </del>
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内服開	始の場合は15日目(朝)	まで内服すること	になります	0
(予測される主な副作用)				
骨髓抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	ロ内炎など)、手足症候群	<b></b>		
その他(				)
(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点	など			
(手足症候群(HFS)のケアについて)				
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布	(目安1日5回以上、入	浴後は 15 分以[	内)(カペシタ)	ビン休薬中も継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック				
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴	・炊事など)や直射日光、	衣服による手足の	の圧迫を避り	ける
(アパスチン併用時の注意)				
・自宅での定期的な血圧測定を行う	・手術や抜歯の予定があ			
・経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の				
・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸 治医に連絡する	及困難は動・静脈血栓塞	栓症や虚血性心	疾患の可能	<b>E性があるため、主</b>
(保険薬局薬剤師より)				
指導日: 年 月 日 薬剤師	[名(薬局名):	(		)
□服薬アドヒアランス (良好・不良)		`		,
□治療に対する理解度(良好・不良)				
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙に	- 関するご要望			
THE PERSON OF THE PARTY OF THE PROPERTY OF THE PERSON OF T				
				_

# 情報提供用紙(XELIRI 療法)

ID:		記入日:	年	月 日
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院(氏:	名)	(薬剤	间師·看護師)	
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: (	0586-23-6016			
(投与レジメン) 今回は、 コース	日目です			
身長: cm 体	重: kg 体表面	ī積:	m <sup>‡</sup>	
レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目・・・・・	14 日目・・・・	…22 日目
カペシタビン錠 1600mg/㎡(経口投与)		-	<b>→</b>	
イリノテカン 200mg/㎡ (点滴静注)		<b>+</b>		<b>↓</b>
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内服開	始の場合は15日目(朝)	まで内服するこ	とになります。	0
(予測される主な副作用)				
骨髓抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	口内炎など)、手足症候群	羊		
その他(				)
(連絡事項)支持療法薬・指導時の留意点	など			
(手足症候群(HFS)のケアについて)				
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布	(目安1日5回以上、入	浴後は 15 分り	人内)(カペシタ	ビン休薬中も継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック				
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴	・炊事など)や直射日光、	衣服による手足	足の圧迫を避り	ナる
(イリノテカンの下痢症状について)				
・投与中または投与直後に発生する早発型	と、投与 24 時間以降に	発生する遅発型	型があり注意	
(保険薬局薬剤師より)				
指導日: 年 月 日 薬剤師	i名(薬局名):	(		)
□服薬アドヒアランス ( 良好・不良 )				
□治療に対する理解度 ( 良好・不良 )				
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙に	こ関するご要望			

#### 情報提供用紙(BV+XELIRI 療法)

ID:		記入日:	年	月	日
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院(氏名)	夕)		── 帀•看護師)	7,	Н
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0		( <b>Ж</b> /Лі			
(投与レジメン) 今回は、 コース	_				
		ā積: ㎡			
レジメン内容	処方内容(実投与量)			•22 日目	
カペシタビン錠 1600mg/m゚(経口投与)			<b>→</b>	_	<b>→</b>
イリノテカン 200mg/m <sup>®</sup> (点滴静注)		1		1	
アバスチン 7.5mg/kg (点滴静注)		Ţ		Ť	
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内服開	L 始の場合は15日目(朝)	<u>・</u> まで内服すること	 :になります。	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
(予測される主な副作用)					
骨髄抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	ロ内炎など)、手足症候郡	详、出血、高血圧	、血栓塞栓	症、蛋白 <b>原</b>	录、
消化管穿孔、創傷治癒遅延					
その他(					)
(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点な	など				
(手足症候群(HFS)のケアについて)					
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布	(目安1日5回以上、入	浴後は 15 分以[	内)(カペシタヒ	ごン休薬ロ	中も継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック					
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・	炊事など)や直射日光、	衣服による手足の	の圧迫を避(	ける	
(イリノテカンの下痢症状について)					
・投与中または投与直後に発生する早発型	と、投与 24 時間以降に	発生する遅発型を	があり注意		
(アバスチン併用時の注意)					
・自宅での定期的な血圧測定を行う	・手術や抜歯の予定があ	ある方は医師へ村	目談して下さ	い	
・経験のないほど強い腹痛は消化管穿孔の	可能性があるため、自己	己判断で鎮痛剤を	使用しない		
・上下肢の腫れ・浮腫みや痛み、胸痛や呼吸	及困難は動・静脈血栓塞	栓症や虚血性心	疾患の可能	性がある	ため、主
治医に連絡する					
(保険薬局薬剤師より)					
指導日: 年 月 日 薬剤師	名(薬局名):	(			)
□服薬アドヒアランス ( 良好・不良 )					
□治療に対する理解度 ( 良好・不良 )					
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙に	-関するご要望				

# 情報提供用紙(Nivo+XELOX 療法)

ID:		記入日:	年	月	日
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院(氏:	名)	(薬剤師・	・看護師)		
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: (	0586-23-6016				
(投与レジメン) 今回は、 コース	日目です				
身長: cm 体	重: kg 体表	面積: m <sup>*</sup>			
レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目・・・・・14	目目	22 日目	••••
カペシタビン錠 2000mg/㎡ (経口投与)			•		<b>→</b>
エルプラット 130mg/㎡ (点滴静注)		<b>+</b>		<del> </del>	
オプジーボ 360mg/body (点滴静注)		1		<b>+</b>	
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内服開	<u></u> 始の場合は15日目(朝	)まで内服することに	なります。		
(予測される主な副作用)					
骨髓抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	口内炎など)、末梢神経	障害、手足症候群、	間質性肺:	炎、1 型	糖尿病、
重症筋無力症・筋炎					
その他(					)
(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点を	など				
(手足症候群(HFS)のケアについて)					
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布	(目安1日5回以上、)	人浴後は 15 分以内)	(カペシタビ	ン休薬ロ	中も継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック				_	
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・		、衣服による手足の	圧迫を避け	·S	
(エルプラットの末梢神経障害の予防につい				- ITT 1	- ND4 - 1 =
・投与後5日間程度は、エアコンの送風や名	冬場の外気など冷気への	の直接の暴露や冷力	とい飲食物	の摂取を	と避ける
(オプジーボ併用時の注意)	74+1 1 1 2 1 2 <del>-</del> 1	. S. L. →			
・間質性肺炎の初期症状として、咳・息切れ					
・普段と比べて下痢の回数が著しく増加、あ			<b>「</b> る		
・1 型糖尿病の初期症状として、口渇・多飲・					
・重症筋無力症や筋炎の初期症状として、角のなる	为肉痛•四肢脱力•眼瞼	ト垂などが現れるこ	ことがある		
(保険薬局薬剤師より)	· 6 / <del>**</del> - 12	,			,
指導日: 年 月 日 薬剤師	名(楽局名):	(			)
□服薬アドヒアランス (良好・不良)					
□治療に対する理解度 ( 良好·不良 )	- 88 <del>- 1-</del> 7 - <del>- 1</del> - <del>- 1-</del> 7				
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙は	- 関 9 る				

# 情報提供用紙(HER+XELOX 療法)

ID:		記入日:	年 月	1 8
記入者:(施設名) 一宮市立市民病院(氏名	≼)	(薬剤師• 看		•
医療施設連絡先: 0586-71-1911 FAX: 0	586-23-6016			
(投与レジメン) 今回は、 コース	日目です			
身長: cm 体重	重: kg 体表面	ī積: ㎡		
レジメン内容	処方内容(実投与量)	1日目・・・・・14日	目22	日目
カペシタビン錠 2000mg/㎡(経口投与)		<del></del>		<b>→</b>
エルプラット 130mg/㎡ (点滴静注)		<b>+</b>		<del> </del>
トラスツス、マフ゛ 6mg/kg (点滴静注)		<del> </del>		1
*カペシタビン錠は1日目(タ)から内服開	始の場合は15日目(朝)	まで内服することにな	こります。	
*トラスツズマブの初回投与は 8mg/kg で	<del>:</del> す。			
(予測される主な副作用)				
骨髓抑制、消化器障害(嘔気、下痢、便秘、	ロ内炎など)、末梢神経降	章害、手足症候群、ir	nfusion react	ion、心障害
その他(				)
(連絡事項) 支持療法薬・指導時の留意点な	<b>など</b>			
(手足症候群(HFS)のケアについて)				
・HFS 予防として、保湿クリームの頻回塗布の	(目安1日5回以上、入	浴後は 15 分以内)(カ	<b>カペシタビン</b> (	木薬中も継続)
・皮膚以外に、手足の爪のセルフチェック				
・皮膚・爪の保護に、熱刺激(高温での入浴・		衣服による手足の圧	迫を避ける	
(エルプラットの末梢神経障害の予防につい				
・投与後5日間程度は、エアコンの送風や冬	・場の外気など冷気への	直接の暴露や冷たし	ハ飲食物の指	長取を避ける
(トラスツズマブの心障害について)				
・主として認められるうっ血性心不全に対して	ては、動悸、息切れ、頻服	<b>派に注意して下さい</b>		
(保険薬局薬剤師より)				
指導日: 年 月 日 薬剤師:	名(薬局名):	(		)
□服薬アドヒアランス ( 良好・不良 )				
□治療に対する理解度 ( 良好・不良 )				
□医療機関への連絡事項・情報提供用紙に	関するご要望			