

年 月 日 患者氏名

薬局名

薬剤師名

使用薬剤 <input type="checkbox"/> ゼローダ <input type="checkbox"/> スチバーガ <input type="checkbox"/> イレッサ <input type="checkbox"/> タルセバ <input type="checkbox"/> ジオトリフ <input type="checkbox"/> タグリッソ <input type="checkbox"/> インライタ <input type="checkbox"/> スーテント <input type="checkbox"/> ネクサバル <input type="checkbox"/> アフィニトール <input type="checkbox"/> タイケルブ <input type="checkbox"/> ヴォトリエント

保湿剤の使用 有 ・ 無

	Grade1	Grade2	Grade3
ざ瘡様皮疹 <input type="checkbox"/> なし	苦痛なし、紅色丘疹 <10%(体表面積)	痛み・痒みあり、紅色丘疹、膿疱 10~30%	激しい疼痛、灼熱感・びらん >30%
<input type="checkbox"/> 頭	外用ステロイド； アンテベートローション	外用ステロイド；アンテベートローション +ミノマイシン内服 (50mg/回 朝夕)	外用ステロイド；アンテベートローション +ミノマイシン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
<input type="checkbox"/> 顔	外用ステロイド；ロコイド	外用ステロイド；リンデロンV +ミノマイシン内服 (50mg/回 朝夕)	外用ステロイド；マイザー、アンテベート +ミノマイシン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
<input type="checkbox"/> 体幹	外用ステロイド；マイザー	外用ステロイド；マイザー、アンテベート +ミノマイシン内服 (50mg/回 朝夕)	外用ステロイド；マイザー、アンテベート +ミノマイシン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
乾皮症 (皮膚乾燥) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 体幹	訴えなし 保湿剤； ヘパリン類似物質 尿素製剤、ワセリン	落屑・乾燥が顕著 かゆみ、亀裂 保湿剤 +外用ステロイド；リンデロンV (マイザー)	激しい痛み・かゆみ 日常生活に支障あり 保湿剤 +外用ステロイド；リンデロンV (マイザー)
爪囲炎 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	発赤、腫脹 疼痛なし 洗浄+保湿剤+テーピング +外用ステロイド マイザー、アンテベート	発赤、腫脹 肉芽形成 疼痛あり 洗浄+保湿剤+テーピング +外用ステロイド：デルモベート +ミノマイシン内服	発赤、腫脹が顕著 強い疼痛にて日常生活に支障がある (歩行困難、手作業ができない等) Grade2の処置 外科的処置
手足症候群 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	疼痛なし 紅斑、浮腫み 角質増殖、爪の変形 保湿 +外用ステロイド マイザー、アンテベート	疼痛を伴う皮膚の変化 角質剥離、水疱、出血、浮腫み 日常生活に支障あり (食事の準備、電話の使用、着衣、歩行等に影 響) 保湿 +外用ステロイド マイザー、アンテベート (デルモベート)	疼痛を伴う高度な皮膚の変化 角質剥離、水疱、出血、浮腫み 日常生活に支障あり (入浴、着衣、食事、薬の内服、歩行し辛い等、身 の回りの動作が困難) 保湿 +外用ステロイド：デルモベート 重篤な場合、ステロイド全身投与

() 内は症状が改善しない、あるいは増悪傾向の場合に考慮

該当箇所を○で囲んでください 例) ざ瘡様皮疹 紅色丘疹 苦痛なし <10%(体表面積) 外用ステロイド 顔：ロコイド

※この用紙は疑義の有無に関わらず近畿中央病院まで必ず Fax したのち、破棄してください。

