

年 月 日 患者氏名

薬局名

薬剤師名

使用薬剤

カペシタピン (ゼローダ) レゴラフェニブ (スチバーガ) ゲフィチニブ (イレッサ) エルロチニブ (タルセバ)

アフアチニブ (ジオトリフ) オシメルチニブ (タグリッソ) アキシチニブ (インライタ) スニチニブ (スーテント)

ソラフェニブ (ネクサバル) エベロリムス (アフィニトール) ラパチニブ (タイケルブ) パゾパニブ (ヴォトリエント)

使用薬剤にチェック

保湿剤の使用 有 ・ 無

保湿剤を持っていても使用していない場合は無に○、使用するよう指導してください。

	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 >30%
<input checked="" type="checkbox"/> 頭	外用ステロイド；very strong (アンテベートローション等)	外用ステロイド；very strong (アンテベートローション等) +ミノサイクリン内服 (50mg/回 朝夕)	外用ステロイド；very strong (アンテベートローション等) +ミノサイクリン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
<input checked="" type="checkbox"/> 顔	外用ステロイド； mild (ロコイド等)	外用ステロイド；strong (リンデロンV等) +ミノサイクリン内服 (50mg/回 朝夕)	外用ステロイド；very strong (マイザー、アンテベート等) +ミノサイクリン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
<input checked="" type="checkbox"/> 体幹	外用ステロイド；very strong (マイザー、アンテベート等)	外用ステロイド； very strong (マイザー、アンテベート等)	外用ステロイド；very strong (マイザー、アンテベート等) +ミノサイクリン内服 +ステロイド内服 (PSL10mg1週間)
乾皮症 (皮膚乾燥) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 手 <input checked="" type="checkbox"/> 足 <input checked="" type="checkbox"/> 体幹	訴えなし (体幹) 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 (手足) かゆみ、亀裂 保湿剤 +外用ス	激しい疼痛 日常生活に支障あり 保湿剤 +外用ステロイド；strong または very strong (リンデロンV等またはマイザー等)
爪囲炎 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 手 <input checked="" type="checkbox"/> 足	発赤、腫脹 (手) 疼痛なし 洗浄+保湿剤+テーピング +外用ステロイド；very strong (マイザー、アンテベート等)	発赤、腫脹 (足) 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； strongest (デルモベート等) +ミノマイシン内服	発赤、腫脹、強い疼痛に (歩行困難、日常生活に支障あり) Grade2の処置 外科的処置
手足症候群 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足	疼痛なし 紅斑、浮腫み 保湿剤 +外用ステロイド；very strong (マイザー、アンテベート等)	疼痛を伴う高度 角質剥離、水疱 日常生活に支障あり 保湿剤 +外用ステロイド；very strong または strongest (マイザー、アンテベート等またはデルモベート等)	疼痛を伴う高度 角質剥離、水疱 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) 保湿剤 +外用ステロイド；strongest (デルモベート等) 重篤な場合、ステロイド全身投与

頭、体幹は Grade2、顔は Grade1の場合

手足は Grade2、体幹は Grade1の場合

手は Grade2、足は Grade3の場合

該当する副作用がない場合

症状がある部位にチェック、複数部位ある場合は複数にチェック

場合ごとに Grade が違う場合は部位がわかる記載をお願いします

副作用はないので囲みは不要

副作用がない場合はここにチェック

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。