



情報共有シート (緩和薬物療法)

担当医:
診療科:
診察券番号:
患者氏名:
生年月日(西暦): 年 月 日

保険薬局
名称:
所在地:
電話番号:
FAX番号:

*この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た 得ていない

聞き取り日: 年 月 日() 担当薬剤師名(薬局):
対応者:本人 家族 その他()

痛みとGrade2以上の症状(緊急性がなく次回の診療への情報提供)について記載をお願いします。

【使用薬剤】

オピオイド() その他()

【情報共有内容】

用法用量 有害事象 検査値異常 アドヒアランス不良 相互作用 QOLの低下
症状コントロール不良 その他()

【症状の詳細】

疼痛⇒(NRS: 、その他:) 悪心・嘔吐⇒(Grade:)
便秘⇒(ブリストルスケール: 、Grade:) 下痢⇒(Grade:)
眠気 せん妄 精神症状 排尿障害 その他()

【検査値異常の詳細】

白血球 HGB減少(貧血) 血小板 AST ALT T-Bil Scr K Ca Na Mg

情報提供

<注意>

FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のあるものは通常通り電話にてお願いいたします。

<参考:症状の評価>

【痛みの程度】

Numerical Rating Scale(NRS)

痛みは全くない

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

考えられるなかで
最悪の痛み

(がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン(2014年版)痛みの包括評価より引用)

【悪心・嘔吐/便秘・下痢の重症度】 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院ver.

副作用項目	副作用の重症度		
	Grade1 (軽度)	Grade2 (中等度)	Grade3 (重度)
悪心	吐き気あり、食生活は変化なし	吐き気あり、体重減少・栄養失調・脱水を伴わない食事量の減少	吐き気あり、食事・水分が殆どとれない 経管栄養/点滴加療/入院を要する
嘔吐	治療を要さない	外来での点滴加療を要する;内科的治療を要する	経管栄養/点滴加療/入院を要する
口腔粘膜炎	症状がないor軽度の症状 食事の変更はない	経口摂取はできるが、痛み・潰瘍あり 食事の変更が必要	強い痛み 経口摂取できない
下痢	通常回数+3回以内の増加	通常回数+4-6回の増加	通常回数+7回以上の増加
下痢(ストマ)	ベースラインより排泄量の軽度増加	ベースラインより排泄量の中等度増加	ベースラインより排泄量の高度増加
便秘	不定期or間欠的な症状 下剤や食事の工夫が必要	定期的な下剤の使用、持続的な症状	下剤を使用しても便がでにくい

(CTCAE ver.5.0 一部改変)

【便性状】

ブリストル便形状尺度

Type

- 1  小塊が分離した木の实状の硬便・通過困難
- 2  小塊が融合したソーセージ状の硬便
- 3  表面に亀裂のあるソーセージ状の便
- 4  平滑で柔らかいソーセージ状の便
- 5  小塊の辺縁が鋭く切れた軟便・通過容易
- 6  不定形で辺縁不整の崩れた便
- 7  固形物を含まない水様便

(機能的消化管疾患診療ガイドライン2014より引用)