



FAX 送信先：近畿大学奈良病院 薬剤部 FAX：0743-77-0906

**副作用発現状況**

下記の表に該当する副作用が認められた場合は、印✓をつけて、FAX にてご連絡ください。

| 副作用名  | 副作用の強さ                                                       |                                                                        |                                                                                 |
|-------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|       | 1                                                            | 2                                                                      | 3                                                                               |
| 下痢    | <input type="checkbox"/> 1日に1～3回下痢するスト<br>マからの排泄量が少し増<br>える  | <input type="checkbox"/> 1日に4～6回下痢をする<br>ストマからの排泄量が増<br>える             | <input type="checkbox"/> 1日に7回以上下痢するス<br>トマからの排泄量がかな<br>り増える                    |
| 便秘    | <input type="checkbox"/> 下剤を時々使用する                           | <input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用している                                   | <input type="checkbox"/> 下剤を毎日使用しても便が<br>出ない                                    |
| 口内炎   | <input type="checkbox"/> 軽い口内炎はあるが、ほぼ<br>普段通り食事がとれる          | <input type="checkbox"/> 口内炎の痛みはあるが、工<br>夫すれば食事はとれる                    | <input type="checkbox"/> 口内炎の強い痛みで、ほと<br>んど食事がとれない                              |
| 皮膚障害  | <input type="checkbox"/> 一部の皮膚に症状がある                         | <input type="checkbox"/> 顔、胸、腹、背中、手足のい<br>ずれかに広がる                      | <input type="checkbox"/> 上半身、下半身に広がる                                            |
| 手足症候群 | <input type="checkbox"/> 手や足のひりひり感・腫れ・<br>赤みなどはあるが、痛みは<br>ない | <input type="checkbox"/> 手や足の腫れ・水ぶくれ・ひ<br>び割れなどがあり、痛みが<br>ある。生活は何とかできる | <input type="checkbox"/> 手や足の腫れ・水ぶくれ・ひ<br>び割れなどがあり、強い痛<br>みがある。生活ができない<br>ことが多い |
| 手足の感覚 | <input type="checkbox"/> 手や足に軽いしびれや違和<br>感がある                | <input type="checkbox"/> 手や足にしびれがあるが生<br>活に支障はない                       | <input type="checkbox"/> 手や足に強いしびれがあり<br>生活に支障をきたす                              |
| 吐き気   | <input type="checkbox"/> 軽い吐き気はあるが、ほぼ<br>普段通り食事がとれる          | <input type="checkbox"/> 吐き気があり、食事は少量<br>とれる                           | <input type="checkbox"/> 強い吐き気があり、食事や<br>水分がほとんどとれない                            |
| 嘔吐    | <input type="checkbox"/> 1日に1～2回吐いた                          | <input type="checkbox"/> 1日に3～5回吐いた                                    | <input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐いた                                             |
| 食欲不振  | <input type="checkbox"/> 少し食欲はないが、ほぼ普<br>段通り食事がとれる           | <input type="checkbox"/> 食べる量は少ないが、体重<br>に変化はない                        | <input type="checkbox"/> まったく食欲がなく、食事や<br>水分がほとんどとれない                           |
| 味覚の変化 | <input type="checkbox"/> 本来の味と少し違って感じ<br>るが、ほぼ普段通り食事が<br>とれる | <input type="checkbox"/> 本来の味が感じられないた<br>め、普段と違う食事でなん<br>とか過ごしている      |                                                                                 |
| 疲労感   | <input type="checkbox"/> 疲労感はあるが、休めばよ<br>くなる                 | <input type="checkbox"/> 疲労感があり、休んでもよく<br>ならない。生活はなんとか<br>できる          | <input type="checkbox"/> 疲労感があり、休んでもよく<br>ならない。生活ができない<br>ことが多い                 |
| 咳     | <input type="checkbox"/> ほとんどない。生活に少し<br>支障がある               | <input type="checkbox"/> 時々ある。生活にある程度<br>支障がある                         | <input type="checkbox"/> 頻繁にある。生活にかなり<br>支障をきたす                                 |
| 呼吸困難  | <input type="checkbox"/> 体を動かしたときに息切れ<br>する                  | <input type="checkbox"/> 立つ、座る等の軽い動作で<br>息切れする                         | <input type="checkbox"/> 安静にしているでも息切れす<br>る                                     |

**連絡事項**

<注意> 当レポートによる情報伝達は疑義照会ではありません。副作用の強さが「3」の時は医療機関の受診を勧めてください。

【近畿大学奈良病院薬剤部：返信欄】情報提供ありがとうございます。

☐ 情報内容を確認し、主治医へ報告しました。

☐ 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。

※メッセージ欄

返信日：      年   月   日      記入者：