**患者様へ** **患者氏名　　　　　　　　　様**

この用紙は、処方箋と一緒に調剤薬局へお渡しください。

治療の経過、副作用の状況について、薬剤師から後日電話で聞き取りをさせていただきます。

聞き取りした内容は、医師や看護師が確認し、病院への連絡、受診の目安にします。

病院-調剤薬局　薬剤情報　連絡書

　　　　　　　　　　　　薬局　御中

常磐病院　乳腺甲状腺外科 医師名：

当用紙を持参された患者様の服薬指導にあたり、

裏面の服薬情報提供書を用いた情報提供をお願いします。

処方薬剤：　イブランス

併用ホルモン薬：　フェマーラ、リュープリン、フェソロデックス

レジメン開始日：　　　　年　　　月　　　日

※**約1週間後(　　　年　　月　　日)**の容態をお聞きいただけますと幸いです。

伝達事項

　□特記事項はございません。

トレーシングレポートに関する相談窓口

常磐病院　Tel: 0246-81-5522　(乳腺甲状腺外科外来　内線　　　　　)

**薬局用服薬情報提供書 (トレーシングレポート)**　報告日　　　　　　年　　　月　　　日

常磐病院　乳腺甲状腺外科　御中　　　　　　　　　　　　 　保険薬局名

　処方薬剤：　イブランス　( )mg/回 1日1回 　　　　　 薬剤師氏名

　　　　　コース目 　□全　　　コース　　□病勢増悪まで 　　　　　　住所

□予定通り　□減量　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号/FAX番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医 |  | 患者氏名 |  |
| 処方箋発行日 | 年　　月　　日 | 患者ID |  |
| 聞き取り日 | 年　　月　　日　　　時頃 | 生年月日/性別 | 年　　　月　　　日　/　男　・　女 |
| □情報提供に同意を得た(本人/家族/他)　　　□同意は得ていませんが、治療上必要であるため報告します。 | | | |
| 聞き取り方 | □電話□その他( ) | □電話フォローアップ不可にて下記空欄にてFAX送付します。 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| アドヒアランス　□良好　□不良　※色がついている部分に該当した場合、患者様に外来への電話相談を促してください。 | | | | | |
| 副作用モニタリング　(有害事象共通用語基準v5.0) ※当てはまる状態にチェックをお願いします。 | | | | | |
| Grade |  | 発現時期 | 1 | 2 | 3 |
| 悪心 | なし | 月　日 | 吐き気はあったが食事摂取量は変わらず | 吐き気で食事量が減った | 吐き気で食事が摂れない |
| 倦怠感 | なし | 月　日 | だるさがある  または元気がない | 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある | 身の回りの日常生活動作の制限 |
| 発熱 | なし | 月　日 | 37.5-39℃ | 39-40℃ | 40℃＜ |
| 呼吸困難 | なし | 月　日 | 中等度の労作に伴う息切れ | 極めて軽度の労作に伴う息切れ | 安静時の労作に伴う息切れ |
| 咳嗽 | なし | 月　日 | 軽度：市販の医薬品を要する | 身の回り以外の日常生活動作の制限 | 身の回りの日常生活動作の制限 |
| 口内炎 | なし | 月　日 | 軽度の痛みで食事摂取量は変わらず | 痛みを認め食事に工夫を要する | 痛みが強く食事が摂れない |
| 蕁麻疹  (皮疹) | なし | 月　日 | 体表面積の<10%を占める蕁麻疹：局所治療を要する | 体表面積の10-30%を占める蕁麻疹：内服治療を要する | 体表面積の30%<を占める蕁麻疹：点滴治療を要する |

その他気になる症状や副作用、副作用に関する具体的な内容や指示した対応法、疑問点、次回外来時の希望内容

※内容を確認し、主治医に報告し、電子カルテに保存します。この情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX送信：常磐病院　0246-81-5577

**患者さん用イブランスを服用される方へ**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 様 |
| 調剤薬局電話番号 |  |
| 電話確認日時 | 年　　　月　　　日　　　　時頃 |

◎イブランスの服用方法：

１日1回　3週内服1週休薬のスケジュールで内服します。

併用するホルモン療法薬：

* フェマーラ (毎日内服)
* リュープリン (6か月に1回　皮下注射)
* フェソロデックス (1か月に1回　筋肉注射)

　※最初の8週間で容量を調節するために、2週間ごとに血液検査を行います。

　　容量が決まったら、4週ごとにお薬を処方します。

◎副作用

下痢と呼吸困難(薬剤性間質性肺炎)に注意が必要です。

血液検査では血球減少、肝機能障害、腎機能障害などがあります。

薬剤性間質性肺炎は命に関わることがあるので、胸部X線、CT検査や呼吸機能検査などを定期的に行います。

こんな症状が出ます。色がついている部分に該当した場合は、外科外来に直接お電話ください。

副作用の確認に処方1週間後に、調剤薬局から体調確認の電話があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grade | 1 | 2 | 3 |
| 悪心 | 吐き気はあったが食事量は変わらない | 吐き気で食事量が減った | 吐き気で食事が摂れない |
| 倦怠感 | だるさがある  元気がない | 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある | 身の回りの日常生活動作の制限 |
| 発熱 | 37.5-39℃ | 39-40℃ | 40℃＜ |
| 呼吸困難 | 労作時に息切れ | 極めて軽度の労作に伴う息切れ | 安静時の労作に伴う息切れ |
| 咳嗽 | 少し咳があるが、困らない | 身の回り以外の日常生活動作の制限される | 身の回りの日常生活動作の制限 |
| 口内炎 | 軽度の痛みで食事摂取量は変わらない | 痛みがあり、食事に工夫が必要 | 痛みがあり、食事が摂れない |
| 皮疹 | 体表面積の<10%を占める皮疹 | 体表面積の10-30%を占める皮疹 | 体表面積の30%<を占める皮疹 |

連絡先：　常磐病院　乳腺甲状腺外科外来　電話番号：　0246-81-5522　(内線　　　　)