

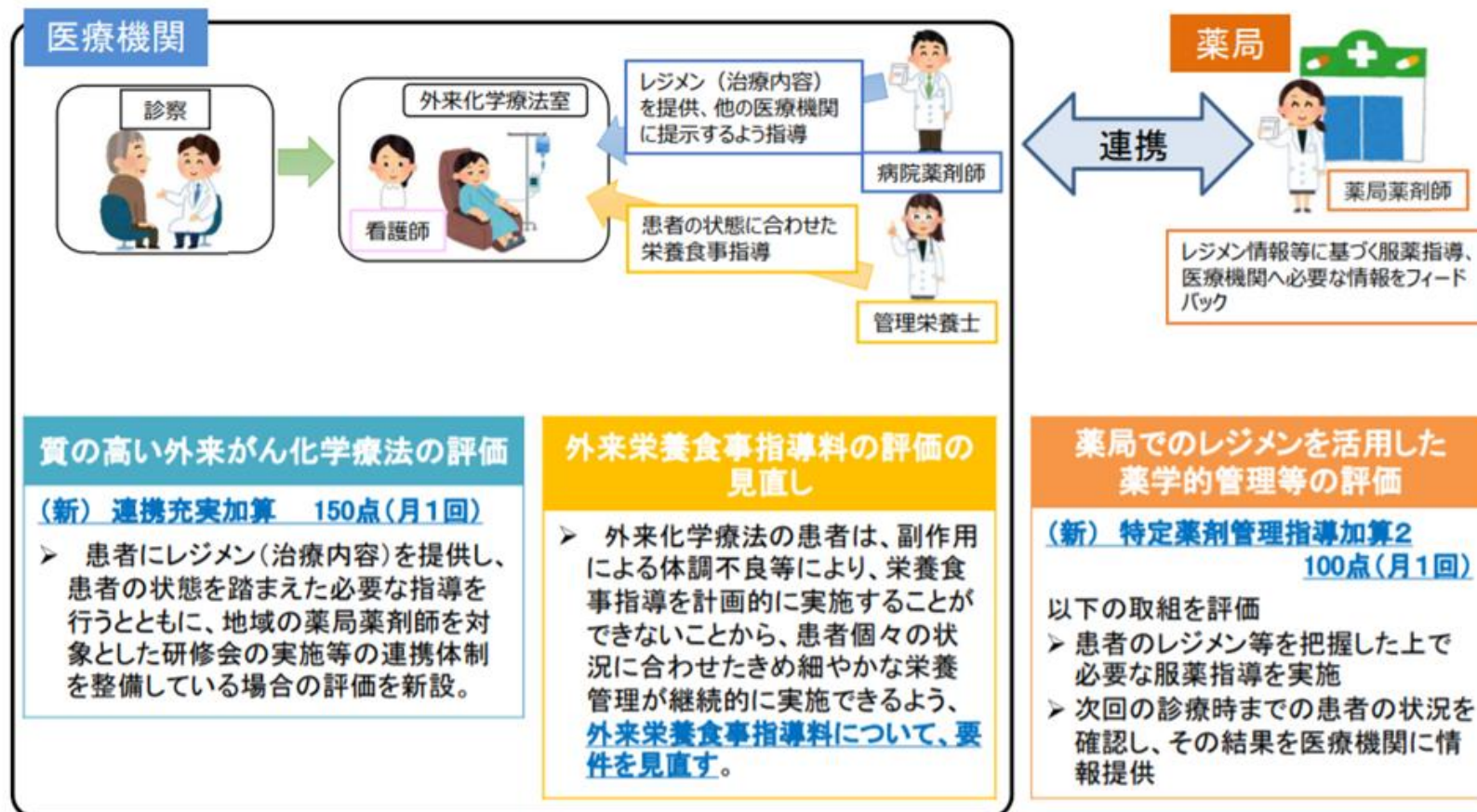
連携充実加算の運用

舞鶴医療センター 薬剤部

連携充実加算とは

令和2年度診療報酬改定 II-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -④~⑥

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



連携充実加算の運用

患者様より持参いただきます

レジメン内容シート

副作用・治療計画確認シート



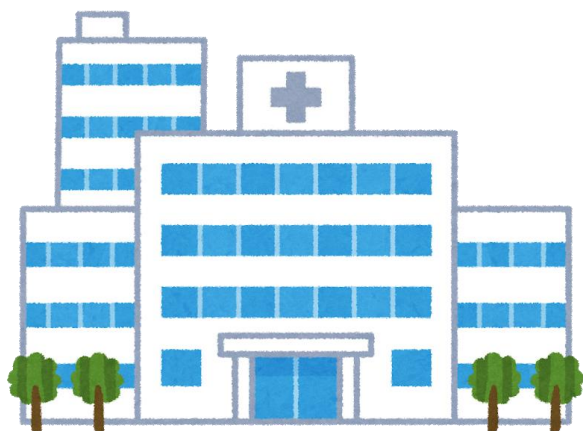
舞鶴医療センター

調剤薬局



服薬情報提供書

FAXにてお願いします



情報提供書資料① レジメン内容シート

該当日に○を記載

コース数を記載

レジメン内容																	
診療科：	外科																
レジメン：	mFOLFOX6																
1コースの間隔：	14日間																
		day															
No.	薬品名	標準投与量	投与量	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	点滴静注-主管																
	生理食塩液	100	mL	100	mL	↓											
	アロキシ静注	0.75	mg	0.75	mg	↓											
	デキサート注射液	6.6	mg	6.6	mg	↓											
	デキサート注射液	3.3	mg	3.3	mg	↓											
	投与速度：	30分															
2	点滴静注-側管																
	5%ブドウ糖注射液	250	mL	250	mL	↓											
	レボホリナート点滴静注用	200	mg/m2		mg	↓											
	投与速度：	120分															
	オキサリプラチンと同時投与																
3	点滴静注-主管																
	5%ブドウ糖注射液	250	mL	250	mL	↓											
	オキサリプラチン点滴静注液	85	mg/m2		mg	↓											
	投与速度：	120分															
4	点滴静注-主管																
	生理食塩液	50	mL	50	mL	↓											
	フルオロウラシル注	400	mg/m2		mg	↓											
	投与速度：	全開															
5	点滴静注-主管																
	生理食塩液	50	mL	50	mL	↓											
	投与速度：	全開															
6	点滴静注-主管																
	フルオロウラシル注	2400	mg/m2		mg	↓											
	生理食塩液				mL	↓											
	投与速度：	46時間															
	全量100mL リニアヒューザー																
備考																	

当日の投与量を記載

コース目

情報提供書資料② 副作用・治療方針確認シート

化学療法問診票

ID		氏名		体重		kg
----	--	----	--	----	--	----

※ここ最近で体重などに大きな変化がありましたらお知らせください

以下の症状であればまる数字に○をつけてください 記入日：

	0	1	2	3
食欲あるいは食事量の低下	なし	ややあるが食事の量は変わらない	・食事量が減った ・食事の代わりに間食や補助食品で補っている	食事量の低下により体重が減っている
味覚の変化	なし	ややあるが食事の量は変わらない	・味がしない ・味覚の変化により食生活が変化した	
吐き気	なし	ややあるが食事の量は変わらない	・食事量が減った ・食事の代わりに間食や補助食品で補っている	
口内炎	なし	軽い痛みがある	痛みにより食事が摂りにくい	痛みにより食事が全く摂れない
下痢	なし	通常と比べてやや増えている	4～6回程度便の回数が増えている	7回以上便の回数が増えている
便秘	なし	・時々下剤が必要 ・下剤は使っていないが便秘がちである	常に下剤が必要	下剤を使用しているが効果がない
皮膚の症状 (痛み、痒み、発赤、爪の変化など)	なし	軽い症状があるが支障はない	症状によって仕事や身の回りの作業などに支障がある	症状が強く日常生活に支障がある
手足のしびれ	なし	軽い症状があるが支障はない	症状によって仕事や身の回りの作業などに支障がある	症状が強く日常生活に支障がある

副作用の項目

治療方針の項目

治療のことや食事、身の回りのこと等気になっていることがあれば記入してください

治療計画について（医師にて記載）

- 問題なく治療継続
- 副作用に注意しながら治療継続（ 感染症に注意 しびれに注意 皮膚症状に注意 その他）
- 副作用のため減量し治療継続（ 採血結果 副作用症状）
- 副作用のため休薬 その他の理由による休薬 治療変更

服薬情報提供書

服薬情報提供書 (薬局→薬剤部→担当医)

舞鶴医療センター 御中 (FAX) 報告日: 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるのでご報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見 お世話になっております。当該患者様のご自宅での服用状況等についてご報告いたします。 レジメン名: _____ 投与日 : ____ / ____ / ____ 聞き取り日 : ____ / ____ / ____ 服薬アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () 有害事象発現状況について ・悪心・嘔吐 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・食欲不振 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・下痢 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・口内炎 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・末梢神経障害 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・倦怠感 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) ・皮膚障害 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (Grade: 1・2・3・4 発現日: / /) 薬剤師としての提案事項・その他報告事項

<注意>疑義照会ではありません。疑義照会は通常通りの対応にてお願いします。聞き取り日は抗がん剤投与 1 週間後くらいを目安にお願いします。

患者様に電話等で確認いただき、
当院薬剤部のFAXに報告をお願いします

※疑義照会は従来通りの対応でお願いします

※緊急性がある症状を確認した場合は直接各診療科
に連絡をお願いします

※その他レジメン等で問い合わせがある場合は
化学療法担当薬剤師まで連絡ください