

令和8年4月

保険薬局の皆様へ

神戸市立医療センター中央市民病院 薬剤部

## 薬剤師外来(経口抗がん薬)と保険薬局との連携についてのお願い

### －「経過記録票」の発行と運用について－

平素より当院の医療連携にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。当院は、2014年より「経口抗がん薬 薬剤師外来」を開設し、現在は7診療科(外科、乳腺外科、泌尿器科、腫瘍内科、呼吸器内科、消化器内科、皮膚科)を対象に実施しています。

経口抗がん薬 薬剤師外来では、初回は医師の診察後に薬剤師が面談をおこない、薬の用法用量、服薬スケジュール、起こりうる副作用やその対処方法について説明しています。2回目以降は、患者が採血後、医師の診察までの間に薬剤師が面談を行なっています。アドヒアランスや、副作用を評価し、医師へ副作用に対する支持療法薬や、減量・休薬などの提案を行っています。

この度、当院で薬剤師外来と保険薬局との連携を進めていきたいと考えています。一定期間実施し、状態の安定している患者につきましては、下記の経過記録票(お薬手帳に貼付)を発行し、保険薬局でフォローしていただくことで、患者も安心して治療継続につながると考えています。また、アドヒアランスや副作用に関する情報提供につきましてはトレーシングレポートをご活用下さい。

保険薬局との連携により、地域と病院とのがん薬物療法をつなげていきたいと考えています。今後、対象診療科を増やしていく予定としています。どうぞよろしくお願い致します。

### 「経過記録票」(記載例)

ご不明点などございましたら、  
下記までお問合せ下さい。

連絡先：代表 (078) 302-4321

- ・経過記録票の記載事項の照会

薬剤部まで

- ・運用に関して

担当：大音 三枝子まで

印刷日：2025/10/23	
主治医： 薬剤師：	
<b>患者情報</b>	
氏名：テスト 9 様	
生年月日：1944/09/01	
診療科：	性別：女性
<b>特記事項</b>	
【〇〇保険薬局 ご担当の先生へ】	
平素は大変お世話になっております。患者さまは当院の薬剤師外来で下記治療の薬剤指導を行っていましたが嘔吐副作用、セルブケアに問題なく経過しております。 この度、薬剤師外来は終了としたため貴局で引き続きご指導をお願いいたします。	
【薬剤名/投与量】 タグリッソ80mg	
【開始日】 2025/1/17	
【目的】 <input type="checkbox"/> 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> 進行・再発	
【投与スケジュール】 隔日口フリーコメント(〇錠A体)	
【治療期間(予定)】 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 <input type="checkbox"/> 未定	
【経過及び備考】	
さ瘰癧皮疹(頭皮)はリンデロンV6ローションで軽快。爪囲炎(右足第1指)は泡立て洗浄後、テーピング法+マイザー軟膏を実施されG2-G1に軽減している。下痢はG1の範囲でロペラミドを適時内服され自軽内である。皮膚乾燥・掻痒感に対しては保湿剤をベースに有症状時、ステロイド軟膏を塗布するようにお伝えした。	
【留意して頂きたい主な副作用】	
さ瘰癧皮疹 <input type="checkbox"/> Gr0 <input checked="" type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
爪囲炎 <input type="checkbox"/> Gr0 <input checked="" type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
掻痒症 <input type="checkbox"/> Gr0 <input checked="" type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
皮膚乾燥 <input type="checkbox"/> Gr0 <input checked="" type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
下痢 <input type="checkbox"/> Gr0 <input checked="" type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
口内炎 <input checked="" type="checkbox"/> Gr0 <input type="checkbox"/> Gr1 <input type="checkbox"/> Gr2 <input type="checkbox"/> Gr3	
支持療法などのご提案はトレーシングレポートをご活用下さい。	