

《 外来がん化学療法有害事象チェックシート 》 **報告は外来がん化学療法情報提供書でお願い致します。**

有害事象	なし	グレード1	グレード2	グレード3
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 階段や坂道を登るときに息苦しさがある	<input type="checkbox"/> ゆっくりした動作でも息苦しいが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 安静にしているでも息苦しく、身の回りのことができない
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがある	<input type="checkbox"/> 中程度のだるさがあるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 強いだるさがあり、身の回りのことができない
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> むくみがあっても自然に収まる	<input type="checkbox"/> 持続するむくみがある	<input type="checkbox"/> 急激なむくみと、それに伴う体重増加があり、身の回りのことができない
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響しない 食欲低下がある	<input type="checkbox"/> 明らかな体重減少(1kg程度以上)や脱水はないが、食事が減少している	<input type="checkbox"/> 食量や飲水量が十分でなく、入院して点滴治療等が必要である
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽い 経過観察可能である	<input type="checkbox"/> 外来での点滴治療や内服治療が必要である	<input type="checkbox"/> 入院して点滴治療等が必要である
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響しない 食欲低下がある	<input type="checkbox"/> 明らかな体重減少(1kg程度以上)や脱水はないが、食事が減少している	<input type="checkbox"/> 食量や飲水量が十分でなく、入院して点滴治療等が必要である
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽い 経過観察可能である	<input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍があり、食事内容は症状に合わせる必要があるが、食事は摂れる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事が摂れない
味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事に影響しないが味覚変化がある	<input type="checkbox"/> 不快な味や味覚がなくなる等の食事に影響する味覚変化がある	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々下剤等を使用する	<input type="checkbox"/> 毎日下剤等を使用するが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 排便する必要があり、身の回りのことができない
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日3回の範囲内で増える	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日4-6回増えたが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日7回以上に増え、身の回りのことができない
皮膚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の10%未満の範囲に、かゆみを伴わない皮膚の変化がある	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%の範囲に、かゆみを伴う皮膚の変化があるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 体表面積の30%を超える範囲に、かゆみを伴う皮膚の変化があり、身の回りのことができない
手足のしびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いしびれがある	<input type="checkbox"/> 中程度のしびれがあるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 強いしびれがあり、身の回りのことができない
関節痛・筋肉痛 *1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い痛みがある	<input type="checkbox"/> 中程度の痛みがあるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、身の回りのことができない
手足症候群 *2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みを伴わない皮膚の変化がある	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化があるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚の変化があり、身の回りのことができない
ざ瘡様皮疹 *3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体表面積の10%未満の範囲に、紅色丘疹・膿疱がある	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30%の範囲に、紅色丘疹・膿疱があるが、身の回りのことはできる	<input type="checkbox"/> 体表面積の30%を超える範囲に、紅色丘疹・膿疱があり、身の回りのこと(洗顔等)ができない

発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月 日頃、 度：対応・経過)				
体重	kg	血圧 *4 /	鼻出血 *4 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	爪囲炎 *3 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	口渇 *5 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

- *1 関節痛・筋肉痛 …… タキサン系 (パクリタキセル、ドセタキセル、nab-パクリタキセル)
- *2 手足症候群 …… フッ化ピリジン系 (カベシタピン、S-1、5-FU、FTD/TPI、ドセタキセル、リポソーム化ドキシソルピジン)
- *3 ざ瘡様皮疹・爪囲炎 …… 抗EGFR抗体薬 (セツキシマブ、パニツムマブ)、EGFR阻害薬 (ゲフィチニブ等)
- *4 血圧・鼻出血 …… 血管新生阻害薬 (ベバシズマブ、ラムシルマブ、アフリベルセプト)
- *5 口渇 …… ICI (ニボルマブ、ペムブロリズマブ、イピリムマブ、アテゾリズマブ、デュルバルマブ、アベルマブ 等)による1型糖尿病 (血糖上昇の指標)