外来がん化学療法情報提供書 報告日：　　　年　　月　　日

保険薬局 → 薬剤科 → 担当医

|  |  |
| --- | --- |
| 科　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局名  ［ TEL ］　　　　　　［ FAX ］  薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者ID：  患者名： |
| レジメン名【　　　　　　　　　　　　　 　】　[直近実施日] 　　月　　日 (ｸｰﾙ　　Day　　)  [確認方法] 電話 在宅訪問 来局時　　　 [確認日時]　　　月　　日　　時頃 (Day　　) | |
| この情報を伝えることに対して患者への同意　得た　得ていないが、治療上重要と考え報告いたします。 | |

《服薬コンプライアンス》

良好　不良 (薬品名　　　　　：理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

《有害事象発現状況》**緊急を要する場合(Grade3以上の副作用等)は薬剤科製剤室0438-36-1071(内線2642)に電話連絡をお願い致します。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | 未確認 | なし | Grade1 | Grade2 | Grade3 | 備考 (発現時期・状態 等の詳細) |
| 呼吸困難 |  |  |  |  |  |  |
| 倦怠感 |  |  |  |  |  |  |
| むくみ |  |  |  |  |  |  |
| 吐き気 |  |  |  |  |  |  |
| 嘔吐 |  |  |  |  |  |  |
| 食欲不振 |  |  |  |  |  |  |
| 口内炎 |  |  |  |  |  |  |
| 味覚障害 |  |  |  |  |  |  |
| 便秘 |  |  |  |  |  |  |
| 下痢 |  |  |  |  |  |  |
| 皮膚障害 |  |  |  |  |  |  |
| 手足のしびれ |  |  |  |  |  |  |
| 関節痛・筋肉痛 |  |  |  |  |  |  |
| 手足症候群 |  |  |  |  |  |  |
| ざ瘡様皮疹 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発熱：  無　 有 ( 月 　日頃、　　 度：対応・経過　　　　 　　　　　　 　　　　　　 　　　　) | | | | |
| 体重：　 　 kg | 血圧： / | 鼻出血：  無  有 | 爪囲炎：  無  有 | 口渇：  無  有 |

その他報告・提案事項

--------------------------------------------以下病院記載欄--------------------------------------------

薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

□内容確認し、医師に報告・情報共有しました。

□その他：