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：