



## 外来がん化学療法情報提供書

報告日： 年 月 日

科	先生 御机下	保険薬局名
患者 ID :		[ TEL ]
患者名 :		[ FAX ]
		薬剤師名 :
レジメン名【	】	[直近実施日] 月 日 (ケル Day )
[確認方法] <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>					
倦怠感	<input type="checkbox"/>					
むくみ	<input type="checkbox"/>					
吐き気	<input type="checkbox"/>					
嘔吐	<input type="checkbox"/>					
食欲不振	<input type="checkbox"/>					
口内炎	<input type="checkbox"/>					
味覚障害	<input type="checkbox"/>					
便秘	<input type="checkbox"/>					
下痢	<input type="checkbox"/>					
皮膚障害	<input type="checkbox"/>					
手足のしびれ	<input type="checkbox"/>					
関節痛・筋肉痛	<input type="checkbox"/>					
手足症候群	<input type="checkbox"/>					
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>					

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: