

抗がん薬治療 服薬情報提供書

保険調剤薬局→公立昭和病院

042-466-9490 まで FAX してください

公立昭和病院

科

先生

年 月 日

| | | |
|---------|-------------|--|
| 処方せん発行日 | 年 月 日 | 保険薬局名、連絡先 (TEL、FAX)、住所 |
| 調剤日 | 年 月 日 | |
| 患者氏名： | (患者 ID:) | 担当薬剤師名： |
| 生年月日： | | |
| 情報提供の同意 | 患者又は代諾者の同意を | <input type="checkbox"/> 得ている (代諾者続柄: _____) <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。下記の通り、ご報告いたします。

「報告内容」

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| <分類> | | |
| <input type="checkbox"/> 抗がん薬適正使用に関する情報 | <input type="checkbox"/> 服薬状況 (アドヒアランス) とそれに関する指導内容 | |
| <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 | <input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報 | |
| <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 副作用の項目 (Grade) * CTCAE v5.0 準拠 | | |
| <input type="checkbox"/> 悪心 () | <input type="checkbox"/> 嘔吐 () | <input type="checkbox"/> 下痢 () |
| <input type="checkbox"/> 便秘 () | <input type="checkbox"/> 倦怠感 () | <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 () |
| <input type="checkbox"/> 手足症候群 () | <input type="checkbox"/> 皮疹 () | <input type="checkbox"/> 爪囲炎 () |
| <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 () | <input type="checkbox"/> その他 (症状: _____) | |
| <薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容> | | |