

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:	担当薬剤師名:
患者ID:	
生年月日: 年 月 日	

レジメン名/薬剤名

聴取日 年 月 日

聴取方法 投薬時 電話フォローアップ(薬局→患者) 問い合わせ(患者→薬局)

「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)に関する情報	
<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<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"/> 食欲不振
<input type="checkbox"/> 下痢()	<input type="checkbox"/> 便秘()	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎()
<input type="checkbox"/> 手足症候群()	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害()	<input type="checkbox"/> 倦怠感()
<input type="checkbox"/> 皮疹()	<input type="checkbox"/> 爪囲炎()	
<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>		