

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: 生年月日: 年 月 日	
担当薬剤師名:	

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> ☐ 抗がん薬適正使用に関する情報 ☐ 服薬状況(アドヒアランス)に関する情報 ☐ 処方内容に関連した提案 ☐ 残薬調整に関する情報 ☐ その他()		
副作用の項目(Grade) CTCAE v5.0 準拠 ☐ 悪心() ☐ 嘔吐() ☐ 食欲不振 ☐ 下痢() ☐ 便秘() ☐ 口腔粘膜炎() ☐ 手足症候群() ☐ 末梢神経障害() ☐ 倦怠感() ☐ 皮疹() ☐ 爪囲炎() ☐ その他(症状:)		
<薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容>		
<連絡事項 (病院使用欄)>		
返信日 年 月 日 公立昭和病院 薬剤部		