

【がん化学療法】服薬情報提供書

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません

--	--

報告日:

患者ID :	保険薬局 :
患者氏名 :	電話番号 :
	FAX番号 :
	担当薬剤師 :

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。

患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。

単剤 注射併用【レジメン名: _____】

副作用	発現日	備考	Grade1	Grade2	Grade3
発熱 (Grade外)			<input type="checkbox"/> 解熱済み (回復後)	<input type="checkbox"/> 持続している	
悪心/嘔吐/食欲不振		嘔吐/	<input type="checkbox"/> 食事量低下なし	<input type="checkbox"/> 体重変わらず食事量低下	<input type="checkbox"/> 食事ができず体重低下
下痢		便性状/	<input type="checkbox"/> 1~3回/日の増加	<input type="checkbox"/> 4~6回/日の増加	<input type="checkbox"/> 7回/日以上増加
便秘			<input type="checkbox"/> 下剤頓用で対応可能	<input type="checkbox"/> 下剤定期で対応可能	<input type="checkbox"/> 便秘が続き腹痛あり
疲労・倦怠感			<input type="checkbox"/> 支障なく休めば回復	<input type="checkbox"/> 休んでも軽快しない	<input type="checkbox"/> 生活に支障あり
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※日常生活に支障がある場合や灰色マスにチェックがついた場合は、病院へ連絡または受診勧奨 (0134-25-4321)

・薬剤師からの情報提供・提案事項など

济生会小樽病院薬剤室 返信欄

- 報告内容を電子カルテに取り込みました。
 主治医に直接報告しました。
 その他 (

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当薬剤師名: _____

FAX : 济生会小樽病院薬剤室 0134-21-2595

(济生会小樽病院 2024.10作成)