秦野赤十字病院　御中

FAXの流れ:保険薬局→薬剤部→主治医
報告日:　　年　　月　　日

がん化学療法服薬情報提供書

担当医　　科 先生　御机下	保険薬局名: 所在地:〒
患者ID: 患者氏名: 様	電話番号: FAX番号: 担当薬剤師名
□ この報告に対して患者の同意を得ています。 □ この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。

レジメン名【　　】　化学療法実施日【　　年　　月　　日】

聞き取り方法【□ 電話　□ 外来服薬指導時】　聞き取り日時　【　　年　　月　　日】

1.服薬状況

□ 服薬遵守できている。 □ 服薬遵守できていない。(残薬数　　錠)

※服薬遵守できていないに該当した場合は下の欄もチェックをお願いします。

□ 飲み忘れ □ 治療に消極的 □ 副作用の発現

□ その他（　　）

2.副作用状況

		Grade				
		0	1	2	3	4
副作用	全身倦怠感	なし	軽度の疲労感	中等度の疲労感一部、日常生活に支障がある	高度の疲労感、日常生活に支障がある	動くことができない
	食欲不振	なし	食欲低下はあるが食習慣の変化はない	食事摂取量の低下はあるが、顕著な体重減少はない	著明な食事摂取の低下により、顕著な体重減少	生命を脅かす
	嘔吐	なし	1日1回	1日2～5回	1日6回以上	生命を脅かす
	下痢	なし	1日3回以下	1日4～6回	1日7回以上	生命を脅かす
	脱毛	なし	薄くなる、部分的な脱毛	完全脱毛	(ー)	(ー)
	色素沈着	なし	軽度または限局性の色素沈着	顕著なまたは全身の色素沈着	(ー)	(ー)
	神経障害 オキサリプラチン使用時	なし				

3.薬剤師としての提案事項・その他の報告事項

<注意>※緊急性のある情報提供に関しては秦野赤十字病院へ直接電話(0463-84-4920)してください。
※このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。疑義照会は通常通り処方医に確認してください。

秦野赤十字病院
TEL:0463-81-3721　FAX:0463-84-4920
2020.12作成