|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **徳島大学病院　がん診療連携センター　宛 　　　　 　報告日 年　 月　 日** | | | | |
| FAX：088－600-8601 | | | | |
| **がん薬物療法関連　情報提供書** | | | | |
| **このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。 緊急性のある疑義照会は処方医に電話連絡してください。** | | | | |
| 患者ID： | | | 保険薬局名称： | |
| 患者氏名： | | | 所在地： | |
| 生年月日：　　　年　　月　　日 | | | 電話番号： | |
| 診療科： | | | FAX番号： | |
| 処方医名： | | | 担当薬剤師： | |
| 情報取得日：　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 情報提供者：　本人・家族（　　 　　　）・その他（　　　 　 　　　） | | | | |
| 聞き取り状況：　服薬指導時・在宅訪問時・その他（　　　　 　　　　　 　　　） | | | | |
| 患者のレジメン（治療内容）： | | | | |
| 病院への情報提供についての承諾 | | | | |
| □あり　　□なし（治療上重要と考えられますので報告いたします。） | | | | |
| 該当処方：　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| **【服用状況】** | | | | |
| コンプライアンス | | | | |
| □問題なし　　□問題あり（詳細： 　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　） | | | | |
| □該当なし | | | | |
| **【副作用発現状況】** | | | | |
| 症状 | （ Grade ） | 内容 | |
| 嘔吐 | （ ） |  | |
| 悪心 | （ ） |
| 食欲不振 | （ ） |
| 便秘 | （ ） |
| 下痢 | （ ） |
| 口腔粘膜炎 | （ ） |
| 末梢神経障害※ | （ ） |
|  | （ ） |
|  | （ ） |
|  | （ ） |
|  | （ ） |
|  | （ ） |
| ※末梢性運動ニューロパチー、末梢性感覚ニューロパチーを参照してgrade判定する | | | | |
|  | | | | |
| 徳島大学病院薬剤部記入欄　□内容確認・評価等　　　　　　担当薬剤師： | | | | |