

FAX：

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：○○調剤薬局
患者氏名：○○ 一郎	所在地：徳島市庄町○○-○○
生年月日：○ 年 ○月 ○日	電話番号：086-6○○-○○○○
診療科：○○科	FAX番号：
処方医名：○○ 二郎	担当薬剤師：○○ 三郎
情報取得日：202X年 4月 1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（ ）患者からの電話（ ）	
患者のレジメン（治療内容）：SOX	
病院への情報提供についての承諾	
<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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：202X年 3月 28日	

【服用状況】

コンプライアンス
<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（詳細： ）
<input type="checkbox"/> 該当なし

【副作用発現状況】

症状 (Grade)	内容
嘔吐 ()	患者さんご本人から、「抗がん剤を始めて2日目くらいから今日（開始後4日目）まで1日4回程度の下痢がある。腹痛はない。」と薬局に電話連絡がありました。糖尿病の既往はないため、まずは脱水を防ぐために経口補水液やスポーツ飲料を飲んでいただくように指導し、可能であれば近医を受診するよう勧めました。後日、その後の様子を電話で伺うと、自宅で安静にしており、2日程度で回復したそうです。ロペラミドなどの止瀉薬があることを伝えると、「次回はもらっておこうかな」とのことでした。ご検討をお願いいたします。
悪心 ()	
食欲不振 ()	
便秘 ()	
下痢 (1)	
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：