|  |
| --- |
| **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： |