

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	
<input 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 : 年 月 日	

【服用状況】

コンプライアンス
<input 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 ()	
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