



内服 抗がん剤情報提供書 (調剤薬局→病院薬剤部)

保険薬局		担当薬剤師名
<input type="checkbox"/>	大賀薬局二日市湯町店	
<input type="checkbox"/>	そうごう薬局二日市店	
<input type="checkbox"/>	すずらん調剤薬局二日市店	
<input type="checkbox"/>	薬局 FAX :	

下記の処方を受付けましたのでご報告致します

患者ID (院外処方箋の左上に記載)	処方日	令和 年 月 日
患者氏名	薬剤名	
(フリガナ)	用法用量	錠 (Cap) ×
	日数 (服薬予定日)	開始日 月 日 朝・昼・夕 終了日 月 日 朝・昼・夕

服薬状況

特に問題ありません コンプライアンス不良 (理由)

病院薬剤部への質問 有 (翌日まで回答要 1週間以内に回答要) 無

レジメン内容について詳しく教えて欲しい ()
 その他質問 ()
()
()

※土日・祝日をはさむ場合は回答が遅れる場合があります

副作用発現状況

有害事象	grade				有害事象	grade				有害事象	grade			
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4
①食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑫しゃっくり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧皮膚乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑬倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑭流涙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑮末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

病院薬剤師の介入 次回受診日に介入して欲しい (次回受診日) 介入の必要はなし

介入要の場合はその理由を詳しく記載して下さい

※介入が必要な場合は可能な限り、次回受診日に介入するようにします。