



## 内服 抗がん剤情報提供書（調剤薬局→病院薬剤部）

保険薬局 <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 :	担当薬剤師名
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

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)	日分	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"/>	⑰	<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。