FAX：茨城県立中央病院 薬剤局0296-78-9756

FAXの流れ：保険薬局→薬剤局→担当医

　　　　　　　　　　　　　　 報告日：　　　 　年　　　月　　　日

が ん 化 学 療 法 用　 服 薬 情 報 提 供 書

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日　　　　　年　　　月　　　日 | 電話番号： |
| 診療券番号：  患者名： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| 情報提供に対する患者の同意　　　 　　□ 有　　　　　　□ 無 | |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| **情報提供の要約**　　※ 医師への報告事項を簡潔に記載してください |
| **提案事項**　　□ 無　　□ 有 →下欄へ具体的に記載してください |
| **レジメン情報**　 　※ 患者持参の“外来化学療法に関する情報提供書”をご参照ください  【レジメン】　　　　　 　：  【治療日】　　　　　　 　： 年　　　月　　　日  【服用フォローアップ日】 ：　　　　年　　　月　　　日　（day　　　）  【服用フォローアップ方法】：　□ 電話（□ 本人　□ 家族）　/　 □ 来局（□ 本人　□ 家族） |
| **服薬状況**　　 ※ 不良の場合は残薬の状況など具体的に記載してください  □ 経口抗がん薬　(医薬品名：　　　　　　　　)　（□ 良好　□ 不良）  　□ 支持療法薬　　(医薬品名：　　　　　　　　)　（□ 良好　□ 不良） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **副作用モニタリング**該当する症状に☑してください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（CTCAE v5.0に準拠） | | | | |
| 発熱 | □ なし　 □ あり（　　 　℃）　※ ありの場合は”その他”に詳細を記載してください | | | |
| **症状** | **Grade 0** | **Grade 1** | **Grade 2** | **Grade 3** |
| 血圧 | □ | □ 120～139/80～89 | □ 140～159/90～99 | □ 160/100以上 |
| 疲労感 | □ | □ 休息により回復 | □ 身の回り以外の動作の制限 | □ 日常生活に支障あり |
| 吐き気 | □ | □ 食欲低下 | □ 食事量の低下 | □ 食事も水分も摂取困難 |
| 嘔吐 | □ | □ 1～2回/日 | □ 3～5回/日 | □ 6回以上/日 |
| 下痢 | □ | □ 1～3回/日増加 | □ 4～6回/日増加 | □ 7回以上/日増加 |
| 便秘 | □ | □ 不定期または間欠的な症状 | □ 下剤を定期使用する持続的症状 | □ 摘便を要する頑固な便秘 |
| 口内炎 | □ | □ 痛みはなく口内の違和感 | □ 痛みはあるが飲食可能 | □ 痛みがひどく飲食不可 |
| 末梢神経障害 | □ | □ 動作に支障なし | □ 身の回りのことは出来る | □ 日常生活に支障あり |
| 味覚異常 | □ | □ 変化あるが食事に影響なし | □ 食事に影響あり |  |
| **その他**　※ 上記症状の詳細やその他の副作用発現状況、指導内容等を記載してください | | | | |

〈注意〉こちらのFAXによる情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません 疑義照会は通常通りお願いします

（この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です）　　　2023年3月　作成