

がん薬物治療に関する服薬情報提供書

担当医 先生	科	保険薬局 名称・所在地
患者名	電話番号:	
	FAX番号:	
	担当薬剤師名:	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思われるので報告いたします 聞き取り日: 年 月 日 () 対応者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		

Grade2 以上の症状 (緊急性がなく次回の診察への情報提供) について記載 (○印) をお願いいたします

	2	3
吐き気	食事量が減ったが、明らかな体重減少なし	数日間食事・水分が取れず、入院を要する程度
嘔吐	1日 3~5回吐いた	1日 6回以上吐いた
食欲不振	食欲の低下で食事量が減った	数日間食事・水分が取れなかった
疲労感	日常生活の一部に支障がある	普段の生活ができない
便秘	毎日下剤を使用した	下剤を使用しても改善しなかった
下痢	1日 4~6回	1日 7回以上
口内炎	食事内容を工夫し食事はできる	食事が出来ないことがあった
しびれ	しびれで動かしにくい	日常生活に支障がある
筋肉痛	日常生活の一部に支障がある	日常生活に支障がある
四肢浮腫	日常生活の一部に支障がある	日常生活に支障がある
皮膚障害	軽度の痛みと、発疹・発赤がある	痛みが強くあり、発疹・発赤がある
生活	身の回りの事は行えた	一日の半分以上横になっていた
睡眠	あまり眠れない	眠れない
息切れ	日常生活の一部に支障がある	日常生活に支障がある



有害事象・Grade	実際の症状の詳細

服薬状況	身体機能・精神的状況の変化	栄養状況
<input type="checkbox"/> 服用忘れ ()	<input type="checkbox"/> 自立歩行の制限 ()	<input type="checkbox"/> 食事量の減少 ()
<input type="checkbox"/> 服用間違い ()	<input type="checkbox"/> 認知障害 ()	<input type="checkbox"/> 体重の減少 ()
<input type="checkbox"/> 服用困難 ()	<input type="checkbox"/> うつ状態 ()	
<input type="checkbox"/> その他報告事項 ()		

<注意> 上記内容は必要に応じ主治医に報告させていただきます。

本様式による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会については通常通り電話にてお願いいたします。