



【特定薬剤管理指導加算2】がん化学療法服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方せん交付日 20 年 月 日	
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。	
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

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。

報告日： 年 月 日

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用発現状況 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> その他 ()																																
【上記選択肢についての詳細】																																
【服用状況・副作用の有無等の確認】 実施日： 年 月 日 方法： <input type="checkbox"/> 電話またはビデオ電話 <input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 在宅 対象者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()																																
【副作用評価】 ■ レジメン () ■ 副作用評価表を用いて評価してください。																																
<table border="1"><tr><td>発熱</td><td></td><td>悪心</td><td></td><td>便秘</td><td></td><td>脱毛</td><td></td></tr><tr><td>倦怠感</td><td></td><td>嘔吐</td><td></td><td>末梢神経障害</td><td></td><td>不眠</td><td></td></tr><tr><td>食欲不振</td><td></td><td>下痢</td><td></td><td>口腔粘膜炎</td><td></td><td>非感染性膀胱炎</td><td></td></tr><tr><td colspan="8">その他</td></tr></table>	発熱		悪心		便秘		脱毛		倦怠感		嘔吐		末梢神経障害		不眠		食欲不振		下痢		口腔粘膜炎		非感染性膀胱炎		その他							
発熱		悪心		便秘		脱毛																										
倦怠感		嘔吐		末梢神経障害		不眠																										
食欲不振		下痢		口腔粘膜炎		非感染性膀胱炎																										
その他																																
【薬剤師から患者へ提案した内容・鹿児島大学病院への報告事項等】																																

<注意> 本文書による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。