☝　FAX:佐世保市立総合医療センター(薬剤部)　0956-24-5245

佐世保市立総合医療センター 薬剤部 御中　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

【特定薬剤管理指導2】がん薬物療法情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科： | 保険薬局(名称・所在地) |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝える事に対して患者の同意を　□得た　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告致します。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〈全身状態(PS評価)〉　（該当するものに☑）  □0　□1　□2　□3　□4  レジメン名【　　　　　　　　　　　　　】　化学療法実施日【　　　月　　日】   |  |  | | --- | --- | | 聞き取り方法 | □電話　　□在宅訪問　　□薬局聞き取り | | 聞き取り日時 | 月　　日　　時　　Day( ) |   <服薬状況(該当するものに☑)>  □服薬できている、　□しばしば服薬しない事がある、□休薬中　( 　 / 　 ～ )  　2の理由　□飲み忘れ　□治療に消極的　□残薬　□副作用発現   * その他　( )   　<副作用発現状況>　※副作用の評価はCTCAE-JCOGの最新版に則る   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 発熱 |  | 食欲不振 |  | 末梢性感覚  ニューロパチー |  | | 咳 |  | 悪心・嘔吐 |  | 手掌・足底発赤知覚不全症候群 |  | | 息切れ |  | 下痢 |  | ざ瘡様皮疹 |  | | 倦怠感 |  | 便秘 |  | 口腔粘膜炎 |  | | その他 | | | | | |   ※末梢性感覚ニューロパチー=末梢神経障害、手掌・足底発赤知覚不全症候群＝手足症候群 |
| 薬剤師としての提案事項・その他の報告事項 |