



神戸医療センター 御中

報告日: 年 月 日

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
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
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。 <input type="checkbox"/> 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いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
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。

<p>所見 お世話になっております。当該患者様のご自宅での服用状況等についてご報告致します。</p> <p>レジメン名 : _____ 投与日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 聞き取り日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 コンプライアンス : <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (_____)</p> <p><有害事象発現状況について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 悪心 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) ・ 食欲不振 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) ・ 下痢 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) ・ 口内炎 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) ・ 倦怠感 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) ・ しびれ : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (Grade : _____ 発現日 _____ / _____) <p>薬剤師としての提案事項・その他報告事項</p>

<注意> FAX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は通常通り電話にてお願いします。

* 聞き取り日は抗がん剤投与1週間後くらいを目安にお願いします。
(週に1回投与のレジメンの場合は、抗がん剤投与5,6日目くらいの聞き取りが望ましい。)