服薬情報提供書 (薬局→薬剤部→担当医)

舞鶴医療センター 御中 (FAX 0773-66-1947) 　報告日：　 　　 年　　　 月　 　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生 御机下　 | 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| この情報を伝えること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、治療上重要と思われますのでご報告いたします。 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 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いたします。レジメン名： 投与日 ： 　 / 　 聞き取り日 ： 　 / 　 服薬アドヒアランス：□良好　　□不良 ( 　　　　　　　　　　　　　　　 )有害事象発現状況について・悪心・嘔吐　　 ：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・食欲不振 　　 ：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・下痢　　　 　　 ：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・口内炎　　　　　 ：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・末梢神経障害　：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・倦怠感　　　 　　：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / )・皮膚障害　　 ：□無し　　□有り (Grade： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4　　発現日： / ) |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項 |

<注意>疑義照会ではありません。疑義照会は通常通りの対応にてお願いします。聞き取り日は抗がん剤投与 1週間後くらいを目安にお願いします。