



服薬情報提供書(外来がん薬物療法)

がん薬物療法において「即時性は低い情報であるが情報提供した方が望ましい」と判断される内容を報告して下さい。
情報提供書は疑義照会には使用できません。即時性の高い内容は疑義照会票を使用して下さい。
主治医へ情報提供することに関して患者の同意を得た上で報告して下さい。

| | | | | | | |
|---|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|----|
| 処方医 (担当医) | 腫瘍内 科 | | | 報告日 | 20XX年 X月 X日 | |
| | 〇〇 〇〇 先生 | | | | | |
| 患者名 | ◎◎ ◎◎ 様 | | | 処方箋 発行日 | 20XX年 X月 X日 | |
| 生年月日 | XXXX 年 X月 X日 | 保険薬局名 | □□薬局 △△店 | | 薬剤師 | △△ |
| 患者番号 <small>※処方箋の備考に記載の7桁の番号</small> | XXXXXXXX | 薬局 電話番号 | XXX-XXX-XXXX | 薬局 FAX番号 | XXX-XXX-XXXX | |

| | | | | | |
|--|-----------|-----|--|--|--|
| 聞き取り日 | XX年 X月 X日 | 対応者 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| <input type="checkbox"/> 調剤時に聞き取り <input checked="" type="checkbox"/> 電話フォロー時に聞き取り <input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ時に聞き取り <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |

| | | | | | |
|------|--|--------------------|--|--|--|
| 服薬状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 | たまに飲み忘れることがあるが概ね良好 | | | |
|------|--|--------------------|--|--|--|

| 主な副作用 | 発現状況 | 詳細 |
|--------|--|---|
| 食欲不振 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり Grade1 | 抗がん剤の注射施行後3日目くらいから食欲不振の訴えがあります。現在は処方された頓服プリンペランで対応されています。1週間程度は毎日飲まれているようです。 また、顔に軽度の皮疹が出現しており、現在は市販の保湿剤で対応されています。 |
| 悪心 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 嘔吐 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 口内炎 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 味覚異常 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり Grade1 | |
| 倦怠感 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 下痢 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 便秘 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| しびれ | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 浮腫 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| その他の症状 | | |
| 皮疹 | | |

《提案》

プリンペランを点滴後1週間程度は毎日服用されているようです。次回受診時からは定期内服への変更の検討をお願いします。食欲不振がありますので、糖尿病の既往もありませんのでステロイドやオランザピン等のご検討もよろしくお願ひします。
皮疹対策としての保湿剤の処方のご検討もよろしくお願ひします。