



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)	科		先生	報告日	年	月	日
患者名			様	処方箋 発行日	年	月	日
生年月日	年	月	日	保険薬局名			薬剤師
患者番号 <small>※処方箋の備考に記載の7桁の番号</small>			薬局 電話番号			薬局 FAX番号	

聞き取り日	年	月	日	対応者	<input 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 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 type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
------	-----------------------------	-----------------------------	--

主な副作用	発現状況	詳細
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
悪心	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
味覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
しびれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他の症状		

《提案》
