FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

東北大学病院　御中 　　 報告日：　20　　年　　　月　　　日

**【抗がん薬関連】服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科  　先生　御机下 | 保険薬局名：  所在地：〒 |
| 交付年月日　　20 年 月 日 | 電話番号： |
| 処方No. | FAX番号： |
| 患者ID：  患者名： 様 | 担当薬剤師名：  （かかりつけ薬剤師　　　非　） |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |
| MMWIN関連情報　（ MMWIN登録患者　（ 検査値　 カルテ情報　 その他（　　　　　　　　　））  \*:当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。 | |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【治療内容】** | | **（　 　）療法** | |
| **【確認時期】** | | **外来服薬指導時** **電話確認時（確認日　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |
| **【副作用モニタリング】** | 病院への連絡を促した 薬剤師が代理で連絡（連絡先:　　　　　　　　　　　　） →いずれの場合でもトレーシングレポートを送付願います。 | | |
| **下痢 （ベースラインからの変化）** | | ≦＋**３回/日**  ＋**４～６回/日**  **（　 　）** |
| **便秘** | | **便秘あり**  **生活支障あり**  **（　 ）** |
| **悪心・食欲不振** | | **食事摂取量**  **50%＞**  **体重減少あり**  **（　 ）** |
| **口内炎** | | **痛みあり**  **食事変更必要あり**  **（　 　）** |
| **皮膚症状** | | **赤み・発疹**  **かゆみ**  **かさつき**  **（　 　）** |
| **手足症候群** | | **痛みあり**  **生活支障あり**  **（　 　）** |
| **疲労・倦怠感** | | **休息により軽快**  **半日以上寝ている**  **（　 　）** |
| **発熱・咳** | | **発熱**  **空咳**  **労作時息切れ**  **（　 ）** |
| **末梢神経障害** | | **しびれ**  **生活支障あり**  **（　 ）** |
| **血圧** | | **収縮期140≦／拡張期90≦**  **（ ／ ）** |
| **眼症状** | | **流涙**  **違和感**  **かすみ目**  **（　 ）** |
| **その他の症状** | | **（　 　）** |
| **【その他】** | | **服薬状況**  **残薬報告**  **服薬指導内容**  **（　 　）** | |
| 【上記選択肢詳細内容】 | | | |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 | | | |

**（2024年1月更新）**