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）**