FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

東北大学病院　御中 　　 報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**【レンビマ】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　　　　　　　　　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：  印  （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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【確認時期】** | | **外来服薬指導時** **電話確認時（確認日　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **【報告事項】** | **服用開始（再開）****２週目****３週目****４週目****（　　　　　　　）週目** | | | |
| **副作用**  **モニタリング** | **血圧** | **収縮期140≦／拡張期90≦**　　　**（　　　　　　／　　　　　　）** | |
| **手足症候群** | **日常生活に制限**　　　**あり**　**なし**　**疼痛あり** | |
| **疲労・倦怠感** | **休息により軽快**　　　**１日の半分以上寝ている**　　　**（　　　　　　　　　　　）** | |
| **嗄声** | **声が出にくい**　　　　**声がかすれる**　　　**声が低くなった** | |
| **下痢** | **１～３回/日**　　　**４～６回/日**　　　**（　　　　　　　　　　）** | |
| **食欲不振・悪心** | **食事摂取量****50%≦****50%＞**　　　**体重減少あり** | |
| **尿の状態** | **泡立ち****あり****なし** | **にごり****あり****なし** |
| **その他の症状** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | |
| **検査値** | **PLT****TSH****ALT****AST****尿たん白** | |
| **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】 | | | | |

**（2020年5月26日更新）**