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

**【スチバーガ】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** | [ ] **手足症候群** | [ ] **疼痛あり**[ ] **ｽｷﾝｹｱあり**　　　[ ] **生活支障あり**　[ ] **（　　　　　　　　　　）**　 |
| [ ] **発疹** | [ ] **（手足以外）ピリピリ感・熱感あり**[ ] **かゆみあり**[ ] **（　　　　　　　　　）** |
| [ ] **下痢** | [ ] **１～３回/日**　　　[ ] **４～６回/日**　　　[ ] **（　　　　　　　　　　）** |
| [ ] **血圧** | **☐収縮期140≦／拡張期90≦　　　　☐（　　　　　　／　　　　　　）** |
| [ ] **疲労感** | [ ] **休息により軽快**　　　[ ] **１日の半分以上寝ている**　　　[ ] **（　　　　　　　　　　　）** |
| [ ] **食欲不振・悪心** | **食事摂取量**[ ] **50%≦**[ ] **50%＞**　　　　　[ ] **体重減少あり** |
| [ ] **嗄声** | [ ] **声が出にくい**　　　　　[ ] **声がかすれる**　　　[ ] **声が低くなった**  |
| [ ] **その他の症状** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| [ ] **検査値** | [ ] **PLT**[ ] **ＡＳＴ**[ ] **ALT**[ ] **T-Ｂｉｌ** |
| **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）**