|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **報告日**　　　月　　　日 |  | FAX　函館中央病院　薬剤部行　0138－52－1280 |
|  |  |  |

保険薬局名：

連絡先；TEL　　　　　　　　　　　　FAX

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名  患者ID  担当薬剤師  情報提供するにあたって患者の同意を  □　　得た  □　　得ていない |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ＜レジメン名称＞  　□　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | □　至急の提案事項　□　返答を急がない報告事項 | | | | | ＜服薬指導対象＞　□　本人　□　家族　□　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | ＜服薬アドヒアランス＞　□　良好　□　不良 | | | | | ＜副作用＞ | | | | | | 嘔気・嘔吐 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 食欲不振 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 下痢 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 口内炎 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 皮膚障害 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 出血傾向 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 末梢神経障害 | | □　有 | □　無 | Grade； | | 高血圧 | | □　有 | □　無 | Grade； | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  | | --- | | ＜情報提供内容＞　□用法用量　□アドヒアランス　□副作用　□検査値異常　□その他 | | | | | |  |  | | --- | | ※提案（報告）事項 | |  | |

緊急性のあるものは電話にて対応致します。その他、化学療法全般に関する情報提供やご質問などお気軽に連絡ください。

回答：

**函館中央病院　薬剤部　　TEL　0138-52-1231**