

## 保険薬局情報提供シート

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

<レジメン名称>

☐ ( )

☐ 至急の提案事項 ☐ 返答を急がない報告事項

患者 ID

<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>

担当薬剤師

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 ;

情報提供するにあたって患者の同意を

皮膚障害 ☐ 有 ☐ 無 Grade ;

☐ 得た

出血傾向 ☐ 有 ☐ 無 Grade ;

☐ 得ていない

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