

がん化学療法用 施設間情報提供書（保険薬局⇒大阪府済生会茨木病院）

経口抗がん薬が処方されている患者様について、保険薬局様で得られた情報をお知らせください。提供された情報は、主治医への報告や、カルテへの記載によりフィードバックし、今後の診療に役立てていきます。ご協力、宜しくお願いいたします。

FAX:072-631-7237 (大阪府済生会茨木病院 FAX コーナー【平日 17時、土曜日 12時 30分まで】)

報告（送信）年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険薬局 : _____ 薬局 _____ 店

担当薬剤師 : _____

患者 ID・氏名 : _____

経口抗がん薬 : _____

服薬状況の確認（該当箇所にチェックおよび詳細欄にも記入をお願いいたします。）

- ・服薬スケジュールの理解 : 良い 悪い
- ・服薬状況 : 良い 時々飲み忘れあり よく飲み忘れる
- ・残薬 : あり（処方日数調節必要） なし
- ・服薬日誌の利用 : あり なし
- ・詳細記入 （ _____ ）

副作用・身体状況の確認（該当症状にチェックおよび詳細欄にも記入をお願いいたします。）

- ・出現している副作用症状
 - 嘔気・嘔吐 食欲不振 味覚障害 口内炎
 - 下痢 便秘 倦怠感 しびれ
 - 手足症候群 色素沈着 流涙 その他
- ・詳細記入 （ _____ ）

保険薬局にて把握している大阪府済生会茨木病院処方薬以外の服用薬（医療用・OTC）

（ _____ ）

その他、気付いたことや問題点

（ _____ ）