

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 : 072-622-8712（大阪府済生会茨木病院 薬剤科 直通）

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記入）

- ・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記入）

- ・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

その他、気付いたことや問題点