

報告日： 年 月 日

病院への薬剤情報提供書 (抗がん剤治療用)

患者の病院 ID : 患者名 : 性別 : 生年月日 :	保健薬局 (名称)  所在地 : 電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師 :
*この情報を伝えることに対して、患者の同意の有無 (下記にレ点チェック) <input type="checkbox"/> 得ています。 <input type="checkbox"/> 得ていません。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるため報告します。	

聞き取り日時	月 日 時頃
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
次回診察予定日	月 日

化学療法実施日【 年 月 日】 レジメン名【 】

服用状況	<input type="checkbox"/> コンプライアンス良好 <input type="checkbox"/> しばしば服用しないことがある @理由： <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 残薬あり <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他
副作用発現状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *CTCAE の Grade が判る場合には、Grade の評価をお願いします。 Grade2 以上は抗がん剤の投与可否について注意が必要です。
提案事項 / その他報告事項	