

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