

フォローアップシート(抗がん剤用)

病院 御中

報告日 年 月 日

診療科:		保険薬局名称: 住所: TEL: FAX: 担当薬剤師:		
担当医: 先生御机下				
患者D:				
患者名:				
生年月日(T・S・H・R) 年 月 日				
処方せん交付日: 年 月 日		調剤日: 年 月 日		
確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> その他()				
この情報提供について、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得ました <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思いますので報告します <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思いますので報告します				
レジメン:		コース:		
症状(CTCAE ver5.0)		Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心(吐き気)	有・無	<input type="checkbox"/> 少しあるが食事は摂れる	<input type="checkbox"/> 強い吐き気があり食事がほとんど摂れない	<input type="checkbox"/> 強い吐き気があり、食事が全く摂れず点滴治療を受けた
嘔吐	有・無	<input type="checkbox"/> 嘔吐はあるが食事は摂れる	<input type="checkbox"/> 外来で点滴治療を受けた吐き気止めの薬を使用	<input type="checkbox"/> 嘔吐のために入院、点滴治療を受けた
食欲不振	有・無	<input type="checkbox"/> なくなってきたが食事は摂っている	<input type="checkbox"/> 食事がほとんど摂れない	<input type="checkbox"/> 食事が全くとれず、点滴治療を受けた
口内炎	有・無	<input type="checkbox"/> 軽度の痛みはあるが食事は可能	<input type="checkbox"/> 痛みのために食事を変更した	<input type="checkbox"/> 痛みが強く、食事がとれない
味覚異常	有・無	<input type="checkbox"/> 少しあるが食生活は変わらない	<input type="checkbox"/> 味覚が変わり食生活が大きく変化した	
下痢	有・無	<input type="checkbox"/> 通常と比べて3回以下の下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 通常より4~6回の下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 通常より7回以上の下痢が増えた
便秘	有・無	<input type="checkbox"/> 不定期に便秘薬を使用	<input type="checkbox"/> 定期的に便秘薬を使用	<input type="checkbox"/> 排便をした食事や睡眠に支障がある
流涙	有・無	<input type="checkbox"/> 涙が流れるが日常生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 症状があり、やや見えにくい	<input type="checkbox"/> 症状があり、かなり見えにくい
皮膚症状	有・無	<input type="checkbox"/> 痛みはないが、皮膚に炎症あり	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、身の回りことはできる	<input type="checkbox"/> 痛みが強く、身の回りのことさえできない
手足のしびれ	有・無	<input type="checkbox"/> 軽いしびれ、痛みがある	<input type="checkbox"/> しびれ、痛みはあるがボタンのつけ外しはできる	<input type="checkbox"/> しびれがひどく、ボタンのつけ外しなど身の回りのことさえできない
倦怠感	有・無	<input type="checkbox"/> だるい、元気がない休息を取れば改善する	<input type="checkbox"/> 休息をとっても改善しない買い物や食事の準備に支障がある	<input type="checkbox"/> 休息をとっても改善しない食事や睡眠、入浴に支障がある
呼吸困難	有・無	<input type="checkbox"/> 軽い動作(平地歩行や坂道を歩く)で起こる	<input type="checkbox"/> 普段の生活でも起こり、買い物や食事の準備に支障がある	<input type="checkbox"/> 食事や睡眠、入浴に支障がある
発熱	有・無	°C		
その他	有・無	()		
確認日/症状発現日 例) 11/11に確認しました。11/7、8に下痢、11/9から皮膚症状が発現しているとのこと。				
薬剤師としての提案事項・その他報告事項(残薬情報を含む)				
病院・診療所から保険薬局への伝達事項 コメント欄 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました <input type="checkbox"/> 処方などを変更せず経過観察します <input type="checkbox"/> 内容を考慮して対応します。				
		返信日: 年 月 日		記入者:

※この情報提供書は疑義照会ではありません。