



FAX:加賀市医療センター（薬剤室）0761-72-0580

保険薬局→薬剤室→主治医

加賀市医療センター御中

報告日： 年 月 日

## 服薬情報提供書(ロンサーフ用トレーニングレポート)

☐ 急を要する ☐ 要しない

|                                                                                   |   |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|
| 担当医                                                                               | 科 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 先生 御机下                                                                            |   |             |
| 患者ID:                                                                             |   | 電話番号:       |
| 患者名:                                                                              |   | FAX番号:      |
|                                                                                   |   | 担当薬剤師名:     |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 |   |             |
| <input type="checkbox"/> 患者は報告を拒否していますが、治療上重要と判断したので報告いたします。                      |   |             |

|        |                                                                                              |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 聞き取り方法 | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り |
| 聞き取り日時 | 月 日 時                                                                                        |

<服薬状況> ☐ 良好 ☐ 時々服用できていない ☐ 休薬中 ( / ~ )

※時々服用できていない、または休薬中に該当した場合の理由

☐ 飲み忘れ ☐ 副作用の発現 ☐ 用法用量の理解不足 ☐ その他 ( )

<副作用発現状況> 各有害事象について、☐に✓を入れる（CTCAE ver5.0を参考に作成）。

| 有害事象    | なし                       | Grade 1                                        | Grade 2                                          | Grade 3                                              |
|---------|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 悪心・食欲低下 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 食事量に影響がない<br>食欲低下がある。 | <input type="checkbox"/> 体重減少、脱水はないが、<br>食事量の低下。 | <input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取不十分<br>(入院を要する) |
| 嘔吐      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 治療を要さない。              | <input type="checkbox"/> 外来での点滴治療や内服治療を<br>要する。  | <input type="checkbox"/> TPN/入院を要する。                 |
| 下痢      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普段より1日1～3回多い。         | <input type="checkbox"/> 普段より1日4～6回多い。           | <input type="checkbox"/> 普段より1日7回以上多い。               |
| 便秘      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 時々下剤を使用する。            | <input type="checkbox"/> 毎日下剤を使用する。              | <input type="checkbox"/> 摘便する必要がある。<br>日常生活に支障がある。   |
| 口内炎     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽度で食事に影響ない。           | <input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍があり、食事に<br>工夫が必要。  | <input type="checkbox"/> 痛みが強く、食事が摂れない。              |
| 倦怠感     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。             | <input type="checkbox"/> 中等度のだるさ<br>日常生活に支障がある。  | <input type="checkbox"/> 強いだるさ<br>身の回りのことができない。      |

その他の副作用・薬剤師としての提案事項・報告事項

### 【返信欄】

- |                                                  |                                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 報告内容確認しました。上記医師に報告します。  | <input type="checkbox"/> 治療内容は現状維持として対応し、引き続き経過観察します。 |
| <input type="checkbox"/> 提案・報告内容ふまえ、医師と協議していきます。 | <input type="checkbox"/> 提案・報告内容ふまえ、以下のように対応していきます。   |

|  |
|--|
|  |
|--|

<注意> Grade 3または症状が強いGrade 2に該当する場合や38℃台の発熱が続く場合は、当施設へご連絡下さい。

TEL:0761-76-5096（外来化学療法室） 0761-72-1188（代表）