



FAX: 秋田赤十字病院薬剤部 DI 室 018-829-5126

FAX の流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

秋田赤十字病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書【抗がん薬関連】

担当医: 科 先生 御机下	保険薬局名:
患者 ID:	TEL: FAX: 担当薬剤師:
患者名:	
対応者: ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()	
アドヒアランス: ☐ 良 ☐ 不良 (飲み忘れ 回)	
分類: ☐ 有害事象 ☐ 服薬状況 ☐ 処方に関する提案 ☐ 残薬調整 ☐ その他 ()	
介入: ☐ 投薬時 ☐ 薬局→患者 (電話フォローアップ) ☐ 患者→薬局 (問い合わせ)	
☐ 情報提供に関して、患者の同意を得た。	
☐ 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

※自覚症状のある項目について、Grade 評価をお願いします。(詳細は CTCAE ver5.0 を参照ください。)

有害事象	発現日	自覚症状	Grade1	Grade2	Grade3
発熱		℃			
息切れ/空咳			☐ 息切れすることがある	☐ 軽い動作で息切れする	☐ 安静時に息切れする
高血圧			☐ 120-139 / 80-89 mmHg	☐ 140-159 / 90-99 mmHg	☐ ≥160 / ≥100 mmHg
口腔粘膜炎			☐ 違和感/少しの痛み	☐ 痛みにより、食べにくい	☐ 痛みにより、食べられない
悪心			☐ 食欲低下	☐ 食事量減少/体重減少	☐ 食べられない
嘔吐			☐ 1~2 回/日	☐ 3~5 回/日	☐ 6 回以上/日
皮膚障害			☐ 軽度	☐ 日常生活に少し支障がある	☐ 日常生活に支障がある
手足症候群			☐ 赤み/腫れがある	☐ 痛みがある	☐ 日常生活に支障がある
末梢神経障害			☐ ほとんど症状がない	☐ 日常生活に少し支障がある	☐ 日常生活に支障がある
便秘			☐ 下剤/浣腸を使用(不定期)	☐ 下剤/浣腸を使用(定期)	☐ 排便が必要
下痢			☐ 1~3 回/日 増加	☐ 4~6 回/日 増加	☐ 7 回以上/日 増加
疲労			☐ 休息で回復する	☐ 休息によって回復しない	☐ 日常生活に支障がある
浮腫			☐ むくみがある	☐ 体重増加/しわの消失	☐ 日常生活に支障がある
眼症状			☐ 流涙 ☐ 目の違和感 ☐ かすみ目		
その他					

<薬剤師から提案・コメント>

※この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話にてお願いします。