岩手県立宮古病院 薬剤科　御中　　報告日:　　年　　月　　日

抗がん薬服薬状況提供書

保険薬局名: 担当薬剤師名:	保険薬局　名称・所在地
患者ID: 患者氏名:	TEL:　　FAX:
この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を　☐ 得た　☐ 得ていない	
☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	

処方日:　　年　　月　　日	併用薬/サプリメント等:
レジメン名: 抗がん薬:	

【連絡事項】(複数回答可)
①副作用増悪疑い　②残薬　③コンプライアンス不良

④その他(　　)

【患者の訴え】

【詳細、提案内容】

【備考】

【参考:主な副作用症状でのGrade2評価(CTCAE ver.5.0)】

食欲不振	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化:経口栄養剤による補充を要する。
悪心	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少。
嘔吐	外来での静脈内輸液を要す:内科的治療を要する。
口内炎	経口接種に支障がない中等度の疼痛またはj潰瘍:食事の変更を要する。
下痢	ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加:ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中等度増加
しびれ	中等度の症状:身の回りの日常生活動作の制限
高血圧	血圧140-159/90-99 mmHg:ベースラインで行っていた内科的治療の変更を要する:再発性又は持続性
発疹	中等度:外用薬または内服治療を様数:ベースラインを超える内科的治療の追加を要する
便秘	緩下剤又は浣腸の定期的使用を要する持続的症状:身の回り以外の日常生活動作の制限
味覚障害	食生活の変化を伴う味覚変化(例:経口サプリメント):不快な味:味の消失

《注意》この情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

病院連絡先　:　TEL　0193-62-4011(代表)　FAX　0193-63-6941(受付時間:平日9:00～16:30)
病院住所　:　〒027-0096　岩手県宮古市崎鍬ヶ崎1丁目11-26
病院記載欄　:　☐ FAX受付内容チェック表　担当薬剤師名: