済生会中和病院　薬剤部　宛　　FAX：0744-46-3066（直通）

【抗がん剤服薬情報提供書】

担当医師 科 先生　御侍史	薬局名 指導薬剤師
患者ID	電話番号
生年月日 年　月　日	FAX番号
※以下の情報を伝えることに対して、患者の同意を □ 得ました　□ 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ますので報告いたします	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

□ 服薬状況　□ アドヒアランス不良
□ 副作用の発現状況　□ その他（　　）

● 聴取日　＿＿＿年＿＿月＿＿日
□ 投薬時　□ 患者から薬局への問い合わせ　□ テレフォンフォローアップ時
□ その他（　　）
● 聴取対象者　□ 本人　□ 家族　□ その他（　　）

● レジメン名/実施日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿療法　/　＿＿月＿＿日

● 有害事象の発現状況
Grade1以上で緊急性がなく、次回受診時への情報提供について記載をお願い致します。
※Grade3以上で緊急性のある場合は、病院への連絡を促してください。

症状	Grade評価	症状の詳細

※有害事象のGrade評価はCTCAE ver5.0を参考に記載ください

●発熱症状（38℃未満もしくは抗生剤の予防投薬がある場合に記載ください）
※38℃以上の発熱で、事前に発熱時の抗生剤の予防投薬がない場合は病院への連絡を促してください
・いつから：　＿＿月＿＿日　（体温の推移：　　）
・抗生剤の服用　無　・　有（　月　日～　日間　薬品名　　）

● 症状の詳細、その他報告/提案事項記入欄

≪返信欄≫
□ 次回より提案通りの内容に変更します
□ 提案内容を踏まえて、次回診察時に検討いたします
□ 報告内容を確認し、電子カルテに取り込みました
□ その他

≪注意≫　服薬情報提供書による情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は、通常通り疑義照会用紙（別紙2）でFAXにてお願いします。