

報告日： 年 月 日

FAX送信先： 関西医科大学香里病院 薬剤部 FAX番号： 072 - 835 - 9928

フォローアップシート：抗がん薬

処方せん発行日	年 月 日	保険薬局 名称・所在地
処方医	科 先生	
患者ID：		電話番号：
患者氏名：	様	FAX番号：
生年月日：	年 月 日	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るので報告いたします。		

情報提供書の対象薬剤名・レジメン名： \_\_\_\_\_

1. 服薬状況

良好  やや不良  不良 ※良好以外の場合、「その他」の欄に理由を記載してください。

2. 副作用の状況（“なし”または“あり”に○を付け、各項目を評価してください）

● 発熱（なし あり）	■ 呼吸困難（なし あり）
【特記事項】	<input type="checkbox"/> Grade1 中等度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> Grade2 極めて軽度の労作に伴う息切れ
	<input type="checkbox"/> Grade3 安静時の息切れ
■ 嘔吐（なし あり）	■ 倦怠感（なし あり）
<input type="checkbox"/> Grade1 治療を要さない	<input type="checkbox"/> Grade1 だるさがある、または元気がない
<input type="checkbox"/> Grade2 外来での静脈内輸液を要する；内科的治療を要する	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作が制限される
<input type="checkbox"/> Grade3 経管栄養/TPN/入院を要する	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作が制限される
■ 食欲不振（なし あり 原因： _____）	■ 下痢（なし あり）
<input type="checkbox"/> Grade1 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> Grade1 1日あたり4回未満の排便回数増加
<input type="checkbox"/> Grade2 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化	<input type="checkbox"/> Grade2 1日あたり4～6回の排便回数増加
<input type="checkbox"/> Grade3 顕著な体重減少または栄養失調を伴う	<input type="checkbox"/> Grade3 1日あたり7回以上の排便回数増加
● 発疹・皮膚症状（なし あり）	● 出血（なし あり）
【特記事項】 ※部位、症状など	【特記事項】 ※出血部位など
● 浮腫；むくみ（なし あり）	■ しびれ（なし あり）
【特記事項】 ※むくみの場所など	<input type="checkbox"/> Grade1 臨床所見または検査所見のみ；治療を要さない
	<input type="checkbox"/> Grade2 身の回り以外の日常生活動作の制限
	<input type="checkbox"/> Grade3 身の回りの日常生活動作の制限
● 口渇（なし あり）	■ 高血圧（なし あり： _____ / _____ mmHg）
【特記事項】	<input type="checkbox"/> Grade1 120～139/80～89mmHg
	<input type="checkbox"/> Grade2 140～159/90～99mmHg
	<input type="checkbox"/> Grade3 160/100mmHg以上

※副作用がGrade3以上の場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。 ⇒  受診を勧めた

3. その他（治療上の悩みや不安、服薬状況・副作用の補足、処方・検査提案など）