

化学療法情報提供書

処方箋交付日	年 月 日	保険薬局名	
担当医	科 先生	電話番号	
患者ID		FAX番号	
患者氏名	様	担当薬剤師	
生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師

この情報を担当医へ伝えることに対し、患者または代諾者(続柄:)の同意を得ています。
この情報を担当医へ伝えることに対し、同意を得ていませんが、治療上必要と考えられるため報告致します。

聞き取り日: 年 月 日 (服薬指導時 テレフォンプォローアップ時 その他:)

対応者: 本人 家族 その他:

症状	0	1	2	3	症状発現日
悪心・嘔吐	なし	吐き気はあるが、いつもと同じくらい食べられた	吐き気で明らかに食事量が減った	食事や水分が全く取れない	
口腔粘膜炎	なし	無症状または軽度の痛み 治療は不要	痛みがあり、食事内容を工夫する必要あり	痛みが強く 食事が食べられない	
便秘	なし	下剤や浣腸を時々使用する	下剤や浣腸を定期的に使用する	薬を使用しても便が出ない 排便を要する	
下痢	なし	治療前と比べて便回数が 1日1~3回多い	治療前と比べて便回数が 1日4~6回多い	治療前と比べて便回数が 1日7回以上多い	
発熱	なし	38.0~39.0℃	39.0~40.0℃	40.0℃より高熱が24時間継続	
倦怠感	なし	だるい、または元気がない	身の回り以外の日常生活に支障あり	身の回りのことができない	
末梢神経障害	なし	多少あり 日常生活に支障なし	動作に支障あり 日常生活には支障なし	痺れにより 日常生活に支障あり	
筋肉痛・関節痛	なし	軽度の痛み	中等度の痛み 日常生活に支障なし	高度の痛み 日常生活に支障あり	
呼吸困難	なし	中等度の労差時の息切れ	軽度の労作時の息切れ	安静時の息切れ 日常生活に支障あり	
手足症候群	なし	疼痛を伴わない軽度な皮膚の変化(紅斑、浮腫等)	疼痛を伴う皮膚の変化(水泡、出血、亀裂等)	疼痛を伴う高度な皮膚の変化(水泡、出血、亀裂等)	

CTCAE ver.5.0 に基づき作成しています

対処薬の使用	<input type="checkbox"/> 使用した(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 使用していない
対処薬の残薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(薬剤名:)

その他の症状、上記報告内容の詳細

指導内容

※至急を要する場合は医師に連絡を行ってください。 また、疑義照会、処方提案は直接医師に行ってください。