報告日　　　年　　　月　　日

FAX送信先　東京山手メディカルセンター　薬剤部

FAX番号　　　03－3364－5116

フォローアップシート（抗がん剤）

処方箋発行日　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　保険薬局名称・所在地

処方医　　　　　　　科

患者ID　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 FAX番号

生年月日 　　 担当薬剤師

この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た　　　□得ていない

□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。

１．服薬状況（情報提供書の対象薬剤名：　　　　　　　　　）

　□良好　□やや不良　□不良

　※良好以外の場合、「その他」の欄に理由や回避するための対応でご指導いただいた内容を記載してください。

２．副作用の状況（「なし」または「あり」に〇をつけて、可能であれば具体的にご記載ください）

■発熱（あり・なし）　　　　　　　　　　　　　　　　　　■呼吸困難（あり・なし）

　【特記事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

■出血（あり・なし）　　　　　　　　　　　　　　　　　　■倦怠感（あり・なし）

　【特記事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

■食欲不振（あり・なし）　　　　　　　　　　　　　　　　■嘔吐（あり・なし）

　【特記事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

■味覚障害（あり・なし）　　　　　　　　　　　　　　　　■口内炎（あり・なし）

　【特記事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

■下痢（あり・なし）　　　　　　　　　　　　　　　　　　■発疹・皮膚障害（あり・なし

　【特記事項】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

※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。→□受信勧告した

３・その他（治療上の悩みや不安、服薬状況の捕捉、処方・検査提案など）

※本FAXによる伝達・情報提供は疑義照会とは異なります。緊急性のある疑義照会は、通常通りお電話にて

お願い申し上げます。