

保険薬局 → 化学療法担当薬剤師 → 主治医

地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 薬剤部 宛
FAX : 0742-81-7292 (直通)

報告日 : ○○年○月○日

抗がん剤服薬情報提供書
(Oncology_トレーシングレポート)

担当医 ○○○○○○ 科 ○○ ○○先生	保険薬局 名称・所在地 ○○薬局 ○○○○○○
患者 ID : 00000000 患者名 : テスト 患者	電話番号 : 0000-00-0000
	FAX 番号 : 0000-00-0000
	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 checked="" 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。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

服薬状況 副作用の発現状況
 アドヒアランス不良 その他 ()

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<p>【抗がん剤】 <input type="checkbox"/> 経口() <input checked="" type="checkbox"/> 注射レジメン (22-20 CBDCA+S-1) <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>【次回当院受診日】 (○/○) ※患者より聞き取り出来ましたら記入お願いいたします。</p> <p>【情報提供・提案内容】 前回○/○(Day1)に CBDCA 点滴後、Day7 に電話にて副作用状況の評価を行い、以下問題点がございましたのでご報告いたします。</p> <p>#悪心 Grade2 S-1 投与開始後、Day3 より悪心 Grade2 の発現あり、Day7 時点では Grade1 に軽快し食欲回復してきたことでした。先日患者様より拝見したレジメンスケジュール表からは Day1 にデキサート注 6.6mg、グラニセロン注 3mg 点滴されておりますが、遅発性悪心が遷延しております。5HT3 阻害剤をグラニセロン注からアロキシ注 0.75mg への変更、またはアプレピタントカプセル(Day1 125mg、Day2-3 80mg)の追加等、制吐療法の強化をご検討ください。</p> <p>#流涙 Grade1~2 前コースより目が潤むことがよくある旨、訴えられております。電話による聞き取りのため詳細な観察は出来ておりませんが、S-1 の服用による流涙の可能性もございますので、眼科紹介の上、人工涙液等の治療要否のご検討をお願いいたします。</p> <p>※副作用発現状況報告の際は発現時期、Grade 評価(CTCAEver5.0)等の発現状況を明確に記載して下さい。</p> <p>当院薬剤師記入欄 《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、電子カルテにスキャンしました <input type="checkbox"/> 次回より提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>返信日 : 年 月 日 記入者 : </p>

<注意> 服薬情報提供書は、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 (TEL0742-46-6001) にてお願いします。