

トレーニングレポート（服薬情報提供書）＜抗がん薬治療用＞

東京科学大学病院 薬剤部 行 FAX:03-5803-0223 報告日： 年 月 日

担当医 科 医師	保険薬局名 連絡先（TEL、FAX） 住所 担当薬剤師名：
患者氏名： (患者 ID:) 生年月日： 年 月 日 処方箋発行日： 年 月 日	
情報提供 の同意	☐ 得ている（代諾者続柄： ） ☐ 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日： 年 月 日）
下記の通り、ご報告いたします。

＜分類＞

- | | |
|---|---|
| ☐ 抗がん薬適正使用に関する情報 | ☐ 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容 |
| ☐ 処方内容に関連した提案 | ☐ OTC・サプリメントに関する情報 |
| ☐ 残薬調整に関する情報 | ☐ その他（ ） |

副作用の項目（Grade）（発症時期 day●～■）

- | | |
|--|---|
| ☐ 悪心（Grade: ）（day: ～ ） | ☐ 嘔吐（Grade: ）（day: ～ ） |
| ☐ 下痢（Grade: ）（day: ～ ） | ☐ 便秘（Grade: ）（day: ～ ） |
| ☐ 倦怠感（Grade: ）（day: ～ ） | ☐ 口腔粘膜炎（Grade: ）（day: ～ ） |
| ☐ 手足症候群（Grade: ）（day: ～ ） | ☐ 皮疹（Grade: ）（day: ～ ） |
| ☐ 爪囲炎（Grade: ）（day: ～ ） | ☐ 末梢神経障害（Grade: ）（day: ～ ） |
| ☐ その他（症状、Grade、day: ） | |

※Grade（*CTCAE v5.0 準拠）の記載については、東京都薬剤師会ホームページを参照。

「薬薬連携推進事業の部屋」[URL:https://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/yakuren-download.html](https://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/yakuren-download.html)

＜薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容＞

[送信での添付資料] ☐ あり（ ）枚 ☐ なし

※緊急性の高い内容（副作用など）、医師への確認事項、疑義照会は電話でのご連絡をお願いします。