

【点滴抗がん薬】特定薬剤管理指導加算2に係る情報提供書

医療機関名	大阪鉄道病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	保険薬剤師氏名	印
		TEL	FAX

患者ID		処方箋発行日	年 月 日
患者氏名		調剤年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男性・女性
患者同意	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 署名 _____		

1. 聞き取り状況 (情報提供の対象レジメン名: _____)

聞き取り日: 年 月 日 聞き取り方法: 電話、SMS(ショートメッセージサービス)、その他

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)→38℃以上が()日間続いた { 特記事項 }	◆便秘 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 便秘のため食事の工夫や、時々薬を使用した <input type="checkbox"/> Grade2 便秘が続き、毎日薬を使用した <input type="checkbox"/> Grade3 薬で症状が改善せず日常生活に支障があった
◆食欲不振 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 食べる量に大きな変化はなかったが、食欲の低下があった <input type="checkbox"/> Grade2 食欲低下で食べる量が減った <input type="checkbox"/> Grade3 食欲低下で数日間、食事・水分のいずれも摂取できない	◆倦怠感 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 だるさがあった <input type="checkbox"/> Grade2 だるさがあり日常生活の一部に支障があった <input type="checkbox"/> Grade3 だるさが強く日常生活に著しく支障があった
◆吐き気 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 吐き気はあったが食事は食べられた <input type="checkbox"/> Grade2 吐き気があり食べる量が減った <input type="checkbox"/> Grade3 吐き気で数日間、食事・水分のいずれも摂取できない	◆口内炎 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 口内炎はできたが、食べる量に影響はなかった <input type="checkbox"/> Grade2 口内炎の痛みあり、食べる量に影響はなかった <input type="checkbox"/> Grade3 痛みが強く、食べる量に著しく影響があった
◆嘔吐 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 一時的に吐いたが水分や食事はとれた <input type="checkbox"/> Grade2 吐いて水分や食事がとれなかった <input type="checkbox"/> Grade3 繰り返し吐いて日常生活に支障があった	◆手足症候群 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 痛みはないが、皮膚の赤み、腫れ、角質が厚いなど症状あり <input type="checkbox"/> Grade2 痛みがあり、皮膚の赤み、水膨れ、腫れ、亀裂、出血あり <input type="checkbox"/> Grade3 痛みが強く、上記症状があり、日常生活に著しく支障があった
◆下痢 (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 普段より1~3回/日排便回数が増えた <input type="checkbox"/> Grade2 普段より4~6回/日排便回数が増えた <input type="checkbox"/> Grade3 普段より7回以上/日排便回数が増えた	◆しびれ (なし あり) <input type="checkbox"/> Grade1 しびれはあったが正常に動かせた <input type="checkbox"/> Grade2 しびれがあり、日常生活の一部に支障があった <input type="checkbox"/> Grade3 しびれが強く、日常生活に著しく支障があった

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)

フリー記載