

【S-1】服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地: 〒
患者 ID:	電話番号:
患者名: 様	FAX 番号:
担当薬剤師名: (□かかりつけ薬剤師 □非)	
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。	
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。

【確認時期】	服薬開始 □1週目 □2週目 □3週目 □()週目
【フォローアップ】	☐ 実施(実施日) 聞き取り方法 □電話 □その他()
	☐ 実施不可()
【アドヒアランス】	☐ 良好 □時々忘れる □忘れる □拒否あり ☐ その他()

【副作用モニタリング(CTCAEv5.0)】※色がついている部分に該当した場合は外来への連絡を患者さんへ促してください。

☐連絡を促した ☐薬剤師が代理で連絡(連絡先:)→いずれの場合もトレーシングレポートを送付願います

Grade	0	1	2	3
☐ 発熱 症状発現日(月 日)	☐ なし	☐ 38-39℃	☐ 39-40℃	☐ 40℃<
☐ 倦怠感 症状発現日(月 日)	☐ なし	☐ だるさがある または元気がない	☐ 身の周り以外の日常生活動作を 制限するだるさがある	☐ 身の回りの日常生活動作を 制限するだるさがある
☐ 下痢回数 (ベースラインと比較)	☐ なし	☐ +1~3回/日	☐ +4~6回/日	☐ +7回以上/日
☐ 食欲不振・悪心 症状発現日(月 日)	☐ なし	☐ 摂食習慣の変化を伴わ ない食欲低下	☐ 著名な体重減少や栄養失調を伴 わない摂食量の変化	☐ 著名な体重減少や栄養失調を伴 う摂食量の変化
☐ 口腔粘膜炎 症状発現日(月 日)	☐ なし	☐ 症状がない、 または軽度の症状	☐ 食事の変更を要する	☐ 経口摂取に支障がある
☐ 流涙 症状発現日(月 日)	☐ なし	☐ 治療を要さない (目に違和感がある)	☐ 中等度の視力低下を伴う	☐ 顕著な視力の低下
☐ 併用薬	☐ なし	☐ ワーファリン INR チェック	☐ フェニトイン フェニトイン血中濃度確認	☐ その他()
☐ その他の症状 症状発現日(月 日)	()			

【薬剤師としての所見】 ☐提案事項あり