

【キナーゼ阻害薬】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。

【薬剤】	☐ スチバーガ ☐ フリュザクラ	
【確認時期】	☐ 外来服薬指導時 ☐ 電話確認時 (確認日)	
	服薬開始 ☐ 1週目 ☐ 2週目 ☐ 3週目 ☐ () 週目	
【副作用モニタリング】	☐ 手足症候群	☐ 疼痛あり ☐ スキンケアあり ☐ かゆみあり ☐ ()
	☐ 発疹	☐ (手足以外) ピリピリ感・熱感あり ☐ なし ☐ 疼痛あり
	☐ 下痢	☐ 1日1~3回 ☐ 4~6回 ☐ ()
	☐ 血圧	☐ 収縮期 140 以上/拡張期 90 以上 ☐ (/)
	☐ 疲労感	☐ 休息により軽快 ☐ 1日の半分以上寝ている ☐ ()
	☐ 食欲不振・悪心	食事摂取量 ☐ やや減少 ☐ 50%以下 ☐ 体重減少あり
	☐ その他の症状	()
【その他】	☐ 服薬状況 ☐ 残薬報告 ☐ 服薬指導内容 ☐ ()	
【上記選択肢詳細内容】		
【薬剤師としての所見・提案事項】		