

【レンビマ】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。ご

【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】	☐ 血圧	☐ 収縮期 140 以上/拡張期 90 以上 ☐ (/)
	☐ 手足症候群	日常生活に制限 ☐ あり ☐ なし ☐ 疼痛あり
	☐ 疲労・倦怠感	☐ 休息により軽快 ☐ 1日の半数以上寝ている ☐ ()
	☐ 嚔声	☐ 声が出にくい ☐ 声がかすれる ☐ 声が低くなった
	☐ 下痢	☐ 1日1~3回 ☐ 4~6回 ☐ ()
	☐ 食欲不振・悪心	食事摂取量 ☐ やや減少 ☐ 50%以下 ☐ 体重減少あり
	☐ 尿の状態	泡立ち ☐ あり ☐ なし ☐ にごり ☐ あり ☐ なし
	☐ 出血	☐ なし ☐ 鼻出血 ☐ 歯茎の出血 ☐ その他 ()
☐ 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】		