



FAX 送信先

坂総合病院 薬局 宛
FAX:022-365-5584

がん化学療法
に関する情報提供専用

<当院からのお願い>

この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。
疑義照会がある場合や、緊急性を要する情報提供については、当院へ直接問い合わせをお願いいたします。

服薬情報提供書（トレーニングレポート）

報告日：年 月 日	保険薬局情報（名称・住所・TEL・FAX 等）
担当医：科 医師殿	
患者 ID:	
患者氏名：(生年月日：年 月 日)	
担当薬剤師氏名：印	
この情報を担当医へ伝えることに對し、患者の同意を ☐ 得た ☐ 同意を得ていないが、治療上必要と考えられるため情報提供致します。	

レジメン名 又は 抗がん剤名：

副作用情報（該当する症状に☑をし、可能な限り CTCAE 最新版に基づくグレード評価を記載して下さい）

☐ 悪心 ()	☐ 発熱 ()	☐ 動悸 ()
☐ 嘔吐 ()	☐ 便秘 ()	☐ 流涙・眼障害 ()
☐ 下痢 ()	☐ 倦怠感 ()	☐ 高血圧 ()
☐ 口腔粘膜炎 ()	☐ 味覚不全 ()	☐ めまい ()
☐ 食欲不振 ()	☐ 呼吸困難 ()	☐ その他
☐ 疲労 ()	☐ 出血症状 ()	
☐ 神経系障害 ()	☐ 筋肉痛・関節痛 ()	
☐ 皮膚障害 ()	☐ 浮腫 ()	

<詳細>

服薬状況	栄養状況	身体機能・精神的状況の変化
☐ 服用忘れ()	☐ 食事量の減少()	☐ 自力歩行の制限()
☐ 服用間違い()	☐ 体重の減少()	☐ 認知障害()
☐ 服用困難()		☐ うつ状態()

<詳細・その他報告事項>

当院記載欄