

抗がん剤治療に関する患者情報提供書(薬剤師→処方医)

※ 本FAXは即時対応していません。お問い合わせは、各診療科に電話連絡にてお願いいたします。

さいたま赤十字病院

診療科名

医師宛

情報提供元保険薬局の所在地および名称

電話

FAX

保険薬剤師名

患者ID		レジメン名又は 抗がん剤名	
患者名	男・女	レジメン施行日	年 月 日
生年月日	年 月 日 (生)	確認日	年 月 日

有害事象	該当なし	グレード1	グレード2	グレード3
悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事量に影響のない 食欲低下がある。	<input type="checkbox"/> 明らかな体重減少(1kg程度以上)や 脱水はない。食事量は減少する。	<input type="checkbox"/> 食事量や飲水量が十分でない。 入院して点滴治療等が必要である。
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽く、経過をみる事が 可能である。	<input type="checkbox"/> 外来での点滴治療や内服治療が必要 である。	<input type="checkbox"/> 入院して点滴治療等が必要である。
口腔粘膜炎 (口内炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状が軽く、 経過をみる事が可能である。	<input type="checkbox"/> 痛みや潰瘍がある。食事内容は症状 に合わせる必要がある。食事は取れる。	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事が取れない。
味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事量の減少しない 味覚変化がある。	<input type="checkbox"/> 不快な味や味覚がなくなる等の 食事量に影響する味覚変化がある。	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々下剤等を使用する。	<input type="checkbox"/> 毎日下剤等を使用する。 日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 排便する必要がある。 日常生活に影響がある。
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が 1日3回の範囲内で増える。	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日4-6回 増える。日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 普段と比べて排便回数が1日7回以上 に増える。日常生活に影響がある。
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽いだるさがある。	<input type="checkbox"/> 中程度のだるさがあるが、 日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強いだるさがあり、 日常生活に影響がある。
関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い痛みがある。	<input type="checkbox"/> 中程度の痛みがあるが、 日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、 日常生活に影響がある。
筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い痛みがある。	<input type="checkbox"/> 中程度の痛みがあるが、 日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強い痛みがあり、 日常生活に影響がある。
末梢性感覚 ニューロパチー (手足の痺れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽い症状がある。 日常生活に影響がない。	<input type="checkbox"/> 中程度の症状があるが、 日常生活に影響は少ない。	<input type="checkbox"/> 強い症状があり、 日常生活に影響がある。

その他
(服薬状況等含む)

<今回医師に伝えたい事項>

<今回指導した内容・提案事項等>