



宮城県立がんセンター 御中

報告日：20 年 月 日

服薬情報提供書 (S-1)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名： 所在地：
処方箋交付年月日 20 年 月 日	電話番号：
患者 ID： 患者名：	FAX 番号： 担当薬剤師名： (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) 投薬時

聞き取り日：20 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
 対応者：本人 家族
 レジメン：
 服用期間： 月 日 () ~ 月 日 () / 休薬期間： 月 日 () ~ 月 日 ()
 アドヒアランス：良 不良(飲み忘れ回数 回) その他：
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。

有害事象		確認項目・指導内容
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： 回/日 止瀉薬(薬剤名：) 内服頻度： 回/日 残数 個
悪心 (吐き気)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	※悪心対策の指導
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： 回/日 吐き気止めの服用状況、水分の取り方など 支持療法： <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した ※嘔吐対策の指導
食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	食事摂取量：抗がん薬治療開始前と比べて 割 体重：抗がん薬治療開始前と比べて kg 減 ※食事の摂り方の指導
口内炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽液の使用法 口腔ケア指導など
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	種類： <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> HFS(手足症候群) 部位： <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他 支持療法： <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布について再度説明した
全身倦怠感 (だるさ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に影響が出ている
眼の障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G:) <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他 身体症状	便秘： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 味覚異常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 浮腫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 呼吸苦： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 空咳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G) 息切れ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G)	

【薬剤師としての所見・提案事項等】

宮城県立がんセンター記載欄