



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（ゼロータ）**

担当医	科	先生 御机下	保険薬局名：
処方箋交付年月日	20 年 月 日		所在地：
患者 ID：			電話番号：
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まますので報告いたします。

下記の通り報告いたします。

有害事象		確認項目・指導内容
HFS (手足症候群)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	部位：手(左 /右 ) 足(左 /右 ) 症状発現日： 月 日 支持療法： <input type="checkbox"/> 外用薬の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 外用薬の適正使用について再度説明した ※手・足裏の確認、HFS 対策、セルフケアなど
口内炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	※含嗽水の使用法、口腔ケア指導など
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	頻度： 回/日 ・止瀉薬 ( ) 内服頻度： 回/日、残数 個 支持療法： <input type="checkbox"/> 止瀉薬の服用を指示した <input type="checkbox"/> 止瀉薬の服用について再度説明した ※飲水、食事指導、止瀉薬の服用法についてなど
悪心 (吐き気)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	
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 ※食事のとり方の指導
全身倦怠感 (だるさ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G: ) <input type="checkbox"/> 未確認	日常生活： <input type="checkbox"/> 影響がない <input type="checkbox"/> 影響が出ている ※日常生活に支障が出ている場合は病院へ直接連絡
その他 身体症状	味覚異常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (G ) 呼吸苦： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 空咳： <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