



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（ロンサーフ）

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
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
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
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
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
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
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 ) 皮膚障害： <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