

服薬情報提供書(wPTX+wCBDCA+Pemmab)

| | |
|--|-------------|
| 担当医 科 先生 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者ID: | 電話番号: |
| 患者名: | FAX番号: |
| | 担当薬剤師名: |
| ・この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。 ・聞き取り日 年 月 日 ・聞き取り方法 <input type="checkbox"/> 来局時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 () | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

| |
|--|
| 処方薬の情報 <input type="checkbox"/> 全て当院処方 <input type="checkbox"/> 当院外処方もあるが、お薬手帳に記載あり |
| 処方薬剤の服薬状況 <input type="checkbox"/> 飲めなかった日があった (___日分) <input type="checkbox"/> 飲み忘れなく服用できている |

| 下記の症状の有無をご確認ください | | | |
|------------------|--|--------|--|
| 内分泌障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(著名な口渇、多飲、多尿:1型糖尿病) | 皮膚障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発疹) |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(動悸、発汗、手指振戦:甲状腺中毒症) | 重症筋無力症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(眼瞼下垂、複視)(眼症状) |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(倦怠感、浮腫、寒がり:甲状腺機能低下症) | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(構音障害、嚥下障害)(球症状) |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(倦怠感、低血圧:副腎機能低下症) | 胃腸障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下痢、血便)(大腸炎) |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(倦怠感、頭痛:下垂体機能低下症) | 肺障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(息切れ、咳(特に乾性)、発熱(37.5℃以上)) |

| 副作用モニタリング(有害事象共通用語基準 CTCAEv5.0) | | | | | | |
|---------------------------------|----|---------------------|-----------------------------|------------------------|--------|------|
| Grade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 発現時期 |
| 悪心 | なし | 吐き気はあったが食事摂取量は変わらず | 吐き気で食事が減った | 吐き気で食事が摂れない | - | |
| 嘔吐 | なし | 治療を要さない | 外来での静脈内輸液を要する | TPN/入院を要する | 生命を脅かす | |
| 下痢 | なし | 普段より1~3回/日多い | 普段より4~6回/日多い | 普段より7回/日以上多い | 生命を脅かす | |
| 便秘 | なし | 緩下剤、浣腸を不定期使用 | 緩下剤、浣腸を定期使用 | 日常生活に支障をきたす強固な便秘 | 生命を脅かす | |
| 口腔粘膜炎 | なし | 軽度の痛みで食事摂取量は変わらず | 痛みを認め食事に工夫を要する | 痛みが強く食事が摂れない | 生命を脅かす | |
| 末梢神経障害 | なし | 多少しびれはあるが日常生活に支障はない | しびれにより動作に支障は認めるが、日常生活に支障はない | しびれにより日常生活に支障がある | - | |
| 味覚異常 | なし | 味覚の変化はあるが食生活は変わらない | 食生活に変化を伴う味覚の変化 | - | - | |
| 筋肉痛 関節痛 | なし | 軽度の疼痛 | 中等度の疼痛、日常生活に支障はない | 高度の疼痛、日常生活に支障あり | - | |
| 倦怠感 | なし | だるさがある、または元気がない | 身の回り以外の日常生活動作を制限するだるさがある | 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある | - | |
| 発熱 | なし | 38-39℃ | >39-40℃ | >40℃ | - | |
| 皮疹 | なし | 体表面積<10%に及ぶ丘疹 | 体表面積の10~30%に及ぶ丘疹 | 体表面積>30%に及ぶ丘疹 | - | |
| 呼吸困難 | なし | 中等度の労作に伴う息切れ | 極めて軽度の労作に伴う息切れ | 安静時の労作に伴う息切れ | 生命を脅かす | |
| 頭痛 | なし | 軽度の疼痛 | 中等度の疼痛:身の回り以外の日常生活動作の制限 | 高度の疼痛:身の回りの日常生活動作の制限 | - | |
| 爪変色、脱落 | なし | 症状のない爪の剥離、脱落 | 症状のある爪の剥離、脱落 | - | - | |

*太枠は予定外受診を促す目安です

| |
|-----------------------|
| 副作用に関する具体的な内容や指示した対処法 |
| 次回外来時に処方提案したい内容 |

返信欄(星総合病院 薬剤部)

ご報告ありがとうございます

医師に報告しました

報告後の経過

| |
|------|
| 薬剤師印 |
| |