

服薬情報提供書(Dato-DXd)

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	
残薬	<input type="checkbox"/> あり (薬品名・残薬数 : 錠) 理由： <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 調節服用 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
点眼薬使用状況	
使用点眼薬名	<input type="checkbox"/> ソフトサンティア <input type="checkbox"/> なみだロートファイブ <input type="checkbox"/> その他 ()
使用状況	<input type="checkbox"/> 問題なし (1日6回程度) <input type="checkbox"/> 問題あり ()
コンタクトレンズの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由：)

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	発現時期
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の制限	身の回りの日常生活動作の制限	
悪心	なし	吐き気はあったが 食事摂取量は変わらず	吐き気で食事量が減った	吐き気で食事が摂れない	
嘔吐	なし	嘔吐1-2回 ほぼ普段通りに食事ができる	嘔吐3-5回 食事量が減ったが水分は摂れている	嘔吐が頻回(6回以上/日) 食事・水分共に摂るのが難しい	
食欲不振	なし	普段通りに食べられるが 食欲がない	食事量が減ったが何とか食べられている	食事が摂れず体重が減った	
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	
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	-	
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	
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	排便を要する強固な便秘	
発熱	なし	38-39℃	>39-40℃	>40℃	
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	
眼障害	なし	生活に支障がない 視力に変化がない	・見えにくさ、視力低下を感じる ・眼症状により必要な作業(仕事・趣味 など)に集中できない、支障がある ・流涙：頻繁に涙を拭いていてストレス に感じる	・顕著な見えにくさ、視力低下あり ・眼症状のため日常生活動作(衣食 住)に制限がある	

*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)

返信日時 年 月 日
☐ 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