



FAX: 011-863-7120

【情報連絡シート】

恵佑会第2病院 薬剤科 宛 報告日: 年 月 日

患者 ID : 患者名 :	保健医療機関および保険薬局 (名称)
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ますが、 治療上重要だと思われるため報告します。	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 :

【報告事項】 レジメン名称 : ()

緊急を要する症状で至急の返信が必要 あり なし服薬指導対象 本人 家族 その他 ()服薬アドヒアランス 良好 不良

【副作用】 該当する事項に○をしてください

嘔気・嘔吐	Grade ;	発現日 :	内容 :
食欲不振	Grade ;	発現日 :	内容 :
下痢/便秘	Grade ;	発現日 :	内容 :
口内炎	Grade ;	発現日 :	内容 :
皮膚障害	Grade ;	発現日 :	内容 :
出血	Grade ;	発現日 :	内容 :
末梢神経障害	Grade ;	発現日 :	内容 :
手足症候群	Grade ;	発現日 :	内容 :
高血圧	Grade ;	発現日 :	内容 :
咳嗽	Grade ;	発現日 :	内容 :
	Grade ;	発現日 :	内容 :
	Grade ;	発現日 :	内容 :

<その他医療機関に連絡内容>

返信欄

- 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。
 その他

情報提供ありがとうございました。

返信記載日: 年 月 日 担当薬剤師