

【ホルモン療法指導報告書】 (薬剤師→医師)

(対象薬剤: _____)

医療機関名 _____

担当医師 _____科 _____先生

患者ID _____

患者名 _____

年齢 _____才 性別 男・女

薬局名 _____

担当薬剤師名 _____

TEL: _____ FAX: _____

 初回 __ 回目 : 実施日 _____年 _____月 _____日

①服薬状況

 飲み忘れ なし あり(_____ 回)

②薬剤の理解度

 薬効 問題なし やや問題あり 問題あり

 用量用法 問題なし やや問題あり 問題あり

 副作用 問題なし やや問題あり 問題あり

③併用薬

禁忌薬

 なし あり

薬剤名(_____)

併用注意薬

 なし あり

薬剤名(_____)

④副作用

月経異常(該当する場合のみ)

 軽度あり 中等度以上

悪心・食欲不振

 軽度あり 中等度以上

ほてり・発汗・のぼせ

 軽度あり 中等度以上

イライラ

 軽度あり 中等度以上

その他

<備考> 上記に記載できず、医師に伝えたい事を書いてください。急を要する時には疑義照会をお願いします。