

# 【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。