

【化学療法指導報告書】 (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(残薬含め確認をお願いします)

禁忌薬

 なし あり

薬剤名(_____)

併用注意薬(フェニトイン、ワルファリンカリウム等)

 なし あり

薬剤名(_____)

④副作用・・・症状を詳細(CTCAEに準じるGrade等)に記載をお願いします

<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。