**愛媛大学医学部附属病院　薬剤部　御中（FAX：089-964-7458）**

報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**施設間薬剤情報提供書【特定薬剤管理指導加算２】**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名：  性別：  生年月日： | 保険薬局　名称・所在地 |
| 電話番号： |
| 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　□得た　　□得ていない  □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ますので報告いたします。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご自宅での状況について報告いたします。  レジメン名【　　　　　　　　　　　　　】化学療法実施日【　　　月　　　日】   |  |  | | --- | --- | | 聞き取り対象 | □患者本人　□家族　□その他（ ） | | 聞き取り方 | □電話　□在宅訪問　□薬局にて聞き取り　□その他（ 　　　　　　） | | 聞取り日時 | 月　　　日　　　時 　Day( ) | | 次回診察予定 | 月　　　　日 |     【服薬状況】  □ 服薬できている □ しばしば服薬しないことがある □ 服用中止（ 　　/ 　から中止）  □ 休薬期間（　　　/ 　 から　　　/　　　まで休薬予定）  （しばしば服用しないことがある、服用中止に該当した場合）  理由：□ 飲み忘れ □ 治療に消極的 □ 残薬 □ 副作用の発現  □ その他（ ）  ＜副作用発現状況＞  □　なし　□ あり  ※治療開始前から症状があった場合には、悪化した場合「あり」に☑  ※CTCAEのGradeがわかる場合にはGradeの評価をお願い致します。**Grade2以上は抗がん剤の投与可否について注意が必要です。**  【記載例：嘔吐（Grade1）⇒手持ちのメトクロプラミドあり、毎食前の定期内服説明済。下痢（Grade2）⇒ロペラミド追加となっており、経過観察とする。】 |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項 |

（愛媛大学医学部附属病院　薬剤部　Ver1.2020.8）