

Header form containing patient and clinic information: 処方せん発行日, 年, 月, 日, 保険薬局 名称 所在, 病院名, 病院, 処方医, 科, 先生, 患者ID, 電話番号, 患者氏名, FAX番号, 生年月日, 年, 月, 日, 担当薬剤師名. Includes a consent section: 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るので報告いたします

抗がん剤治療に関わる情報提供書を受領いたしました。下記の通り、副作用状況について、ご報告いたします。

Administrative fields: 前回治療日: 年 月 日, 聞き取り日: 年 月 日, レジメン番号:, レジメン名:

Table with 5 columns: Grade0, Grade1, Grade2, Grade3 and 16 rows of symptoms. Symptoms include: 疲労感、だるさ, 食欲, 吐き気, 嘔吐, 味の感覚, 口や唇のただれ, 手や足の裏の赤み, 皮膚の乾燥, 皮疹, 爪のふちの症状, 息苦しさ, 下痢, 便秘, 手足の感覚異常, 筋力低下.

Pain assessment section: 問16 最近の症状についてお聞きします. Includes a pain scale (0-10) and checkboxes for sleep, eating, and movement. 痛み止めを使用していますか? 効果の自覚はありますか?

次回受診日: 年 月 日

Body diagram with checkboxes for symptoms: 問17 咳が出る・増えた, 問18 37.5度以上の発熱, 問19 動悸がした, 問20 体のむくみがある, 問21 体にかゆみがある, 問22 喉がひどく渇く, 問23 目がかすむ・見えにくい, 問24 まぶたが重い, 問25 飲み込みにくい, 問26 手足に痛みを感じる, 問27 筋肉痛がある, 問28 便に血が混じった, 問29 下肢のむくみや腫れがある.

Comments section: 【保険薬局薬剤師コメント欄】, 【県病コメント欄】. Includes a field for staff: 対応者: 薬剤師 / 看護師, 年 月 日 / 名前:

注意 Dr.joyにて報告のご協力をお願いします FAXの場合は、青森県立中央病院薬剤部直通 (017-726-8452)へ送信して下さい。 前回の投与後から、 に網掛けしている症状に該当する場合は、患者さんから各外来へすぐに連絡するよう促していただくようお願いいたします。