



特定薬剤管理指導加算2に係る情報提供書（化学療法用フィードバック報告書）

★このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

注意：緊急性があると判断される場合には、直接診療科に電話でお知らせください。088-683-0011（代表）

患者ID	:	保険薬局
患者氏名	:	名称:
診療科	:	所在地:
担当医名	:	電話・FAX番号:
		担当薬剤師名:
報告情報取得日	:	年 月 日 ()
情報提供者	:	患者本人 家族 () 介護担当者
聞き取り状況	:	服薬指導時 ・ 訪問時 ・ 患者からの電話問い合わせ ・ その他 ()
患者レジメン	:	
対象薬剤	:	(不明の場合は記載不要)
該当処方日	:	年 月 日 ()
病院への情報提供についての承諾	:	<input type="checkbox"/> あり
承諾者	:	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
確認した副作用の項目にチェックを入れて内容を記載してください。		
チェック欄	症状	grade
<input type="checkbox"/>	悪心	
<input type="checkbox"/>	嘔吐	
<input type="checkbox"/>	食欲不振	
<input type="checkbox"/>	口腔粘膜炎	
<input type="checkbox"/>	下痢	
<input type="checkbox"/>	便秘	
<input type="checkbox"/>	全身倦怠感	
<input type="checkbox"/>	浮腫	
<input type="checkbox"/>	末梢神経障害	
<input type="checkbox"/>	皮膚障害	
<input type="checkbox"/>	高血圧	
<input type="checkbox"/>	その他	
報告有害事象の詳細		
経口抗がん剤の適正使用に関する情報提供（残薬が生じている場合）		
薬剤名	:	残数
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 自己判断で中止・減量（体調不良）	<input type="checkbox"/> 飲み間違い <input type="checkbox"/> その他 ()
鳴門病院 薬剤科使用欄	受付・確認者印	カルテ記載 <input type="checkbox"/> 診療科・外来chemo室連絡 <input type="checkbox"/>