東京逓信病院薬剤部宛

作成日：　　　　年　　　月　　　日

フォローアップシート(化学療法)

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　年　　　　月　　　　日 | 保険薬局名： |
| 処方医師名　　　　　科　　　　　　　　医師 | 薬局住所： |
| 患者ID： |
| 患者氏名： | 薬局電話番号： |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | 薬局担当薬剤師氏名： |
| この情報を伝えることに対し、患者又は代諾者からの同意を　　□ 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、治療上重要と考えられるため報告いたします | |

＜服薬状況＞

支持療法　対象薬品名

□ 指示どおり使用している □ 指示どおり使用していない

コメント

経口抗がん剤のアドヒアランス

□ 良好 　 □ 飲み忘れがある　□ 　　　　　　のため、服用できない

コメント

＜副作用の状況＞

|  |
| --- |
| 副作用名  生活への影響　　　□ あり　　　□ なし  提案事項、コメント |

【注意】

・このシートは疑義照会ではありません。

緊急性を要する疑義照会につきましては、従来どおり電話等での対応をお願い致します。

・この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。

・この用紙に該当事項を記載し、下記の宛先まで郵送して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東京逓信病院薬剤部 外来化学療法担当 宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒102-8798

東京都千代田区富士見2-14-23

TEL 03(5214)7033