

# 化学療法情報連絡書(薬局→病院)

薬局 (氏名) _____ _____	→	河北病院 薬剤部	FAX 0237-73-3572 TEL 0237-73-3131
------------------------	---	-------------	--

患者番号	- -	患者名イニシャル (氏・名)	・	男・女
------	-----	----------------	---	-----

情報連絡内容 ( 年 月 日 )		返信 ( 要・不要 )
緊急連絡の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 38℃以上の発熱が続き、解熱しない <input type="checkbox"/> 吐き気や口内炎のために24時間以上水分も取れない <input type="checkbox"/> 水様の下痢が治療前に比較して1日5～6回以上ある <input type="checkbox"/> 顔面が紅潮して、呼吸がゼーゼーする	
服薬アドヒアランス		
服薬状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> おおむね良好 <input type="checkbox"/> 不良 (状況について記載をお願いします) ( _____ )		
副作用		
<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 感染症(発熱) <input type="checkbox"/> 手足症候群 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> 出血(鼻血・歯肉出血等) <input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹 <input type="checkbox"/> 爪症状 <input type="checkbox"/> 涙目 (状況について記載をお願いします) ( _____ )		
併用薬品		
併用禁忌・相互作用                      有                      無		
評価結果		

返信	河北病院 薬剤部 (氏名) _____	→	_____ 薬局 様