

病院 薬剤部 宛

### 抗がん薬 患者指導報告書

患者 ID \_\_\_\_\_ ご氏名 \_\_\_\_\_ 様

薬剤名 \_\_\_\_\_ 薬局 \_\_\_\_\_

\* 服薬指導時に有害事象の有無を確認し、下記表にご記入ください。(記入例:有無、○×など)

日付	/	/	/	/	/	/
薬剤師						
説明	<input type="checkbox"/> 済					
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
発熱						
口内炎						
倦怠感						
食欲不振						
嘔吐						
下痢						
便秘						
手足症候群						
皮疹						
咳・息切れ						
その他 (相互作用など)						

(備考)

\*2 回目以降、必要事項を記載し、処方病院まで FAX をお願い致します。

病院	FAX
和歌山労災病院	073-454-5015
済生会和歌山病院	073-435-3040 (FAX コーナ-)