

# トレーニングレポート（服薬情報提供書）＜抗がん薬治療用＞

社会医療法人社団順江会江東病院 御中

報告日： 年 月 日

担当医 科 医師	保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所
患者氏名： (患者 ID: ) 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
情報提供の同意 患者又は代諾者の同意を	<input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われまますのでご報告いたします

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日： 年 月 日）  
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

## 「報告内容」

**＜分類＞**

抗がん薬適正使用に関する情報     服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容  
 処方内容に関連した提案         OTC・サプリメントに関する情報  
 残薬調整に関する情報             その他（\_\_\_\_\_）

**副作用の項目（Grade）（発症時期 day●～■）**

悪心（Grade:   ）（day:   ～   ）         嘔吐（Grade:   ）（day:   ～   ）  
 下痢（Grade:   ）（day:   ～   ）         便秘（Grade:   ）（day:   ～   ）  
 倦怠感（Grade:   ）（day:   ～   ）       口腔粘膜炎（Grade:   ）（day:   ～   ）  
 手足症候群（Grade:   ）（day:   ～   ）  皮疹（Grade:   ）（day:   ～   ）  
 爪囲炎（Grade:   ）（day:   ～   ）       末梢神経障害（Grade:   ）（day:   ～   ）  
 その他（症状、Grade、day:   ）

※Grade（\*CTCAE v5.0 準拠）の記載については、東京都薬剤師会ホームページを参照。  
「薬薬連携推進事業の部屋」URL:<https://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/yakuren-download.html>

**＜薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容＞**

[送信での添付資料]     あり（   ）枚     なし            [返信希望（ある場合）]  あり  
上記ご記入後、江東病院薬剤部 FAX 03-3683-4919 までお願いします。

**＜返信欄（病院使用欄）＞**

報告内容を確認しました。  
 次回から提案通りに変更します。  
 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。  
 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

病院名：  
所 属：  
氏 名：  
(医師・薬剤師・その他（   ）)

返信日：   年   月   日