



<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医へ電話（029-853-5931）にてお願いいたします。

筑波大学附属病院 御中
外来化学療法に関する情報提供書

報告日： 年 月 日

処方医 科 先生 御侍史	保険薬局（名称・所在地） 電話： FAX：
患者番号： 患者名：	担当薬剤師： 自署
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 ☐ 患者の同意は得ておりませんが、治療上必要であると思われるので報告いたします。	
確認日： 年 月 日 （確認方法： ☐ 電話 ☐ 対面 ）	

服薬状況

☐ 服用できている ☐ 服用できていないことがある（薬剤名： 理由： ）

副作用の発現状況

GradeはCTCAE v5.0に基づいて評価

副作用	該当なし	Grade			特記事項
		1	2	3	
悪心	☐	☐	☐	☐	
口内炎	☐	☐	☐	☐	
便秘	☐	☐	☐	☐	
下痢	☐	☐	☐	☐	
倦怠感	☐	☐	☐	☐	
末梢神経障害 （ニューロパチー）	☐	☐	☐	☐	
手足症候群	☐	☐	☐	☐	
ざ瘡様皮疹	☐	☐	☐	☐	
その他 []	☐	☐	☐	☐	

薬剤師としての提案事項・その他報告事項

--