**処方医：　　　　科　　　　先生　御机下**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **報告日** | **2021/09/01** | **保険薬局名** |  |
| **患者ID** |  | **住所** |  |
| **患者名** |  | **電話番号** |  |
| **レジメン** |  | **FAX番号** |  |
| **患者からの同意** | **担当薬剤師** |  |
| [ ] 　患者、家族等より同意を得ました | **フォロー方法** | [ ] 電話　[ ] 来局　[ ] その他（　　　　　　） |
| [ ] 　患者、家族等より同意を得ていませんが、必要と思われるので報告致します |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　コース　　日目の報告 | **副作用の発現：**[ ] あり　 [ ] なし | **発熱：**[ ] あり　 [ ] なし |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **副作用** | **Grade** | **特記事項 (簡潔に記載してください)** |
| 悪心 | 未確認 |  |
| 食欲不振 | 未確認 |  |
| 口内炎 | 未確認 |  |
| 下痢 | 未確認 |  |
| 便秘 | 未確認 |  |
| 皮膚障害 | 未確認 |  |
|  | 未確認 |  |
|  | 未確認 |  |
|  | 未確認 |  |
|  | 未確認 |  |
|  | 未確認 |  |

|  |
| --- |
| **薬剤師からの報告事項、抗がん剤の服薬状況、支持療法の使用状況等を簡潔に記載してください。** |
|  |

**A4サイズに収まるように調節をお願いします。**