

化学療法連絡書

市立柏原病院 薬剤科
〒582-0005 柏原市法善寺町1-7-9
TEL:072-972-0885
FAX:072-972-0944(薬剤科)
FAX:072-972-0700(疑義照会専用)

当院にて化学療法実施患者さんの情報をご連絡いたします。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------|-------|----------------------|------|----------------|------------------|------|
| 患者ID | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | |
| 担当薬剤師 | | | | | | | | |
| 診療科 | | | 処方医 | | | | | |
| レジメン内容 | | | | | | | | |
| 経過及び検査 | 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | m ² | 血圧 | mmHg |
| | AST(GOT) | | U/L | | 血小板 | | /mm ³ | その他 |
| | ALT(GPT) | | U/L | | 血色素 | | g/dL | |
| | 総ビリルビン | | mg/dL | | 血小板 | | /mm ³ | |
| | アルブミン | | g/dL | | 好中球数 | | /mm ³ | |
| | クレアチニン | | mg/dL | | 尿蛋白 | | | |
| 副作用 | CTCAE v4.0 | Grade(グレード) | | 倦怠感(だるさ) (1 2 3 4) | | | | |
| | 食欲不振 | (1 2 3 4) | | 口内炎 (1 2 3 4) | | | | |
| | 便秘 | (1 2 3 4) | | 感覚(しびれ) (1 2 3 4) | | | | |
| | 下痢 | (1 2 3 4) | | 手足症候群 (1 2 3 4) | | | | |
| | 悪心(はきけ) | (1 2 3 4) | | (手・足・その他) | | | | |
| | 嘔吐 | (1 2 3 4) | | 皮膚障害 (1 2 3 4) | | | | |
| お知らせ内容 | <input type="checkbox"/> 初回化学療法開始について | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> レジメン変更について | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 副作用・支持療法について | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| ※次回受診日は 月 日です いつも、お世話になっております。 | | | | | | | | |

患者さんへの指導や、服薬状況、副作用などで何かありましたら、当院薬剤科までFAXまたは、
 なお、処方せんに関する疑義照会は、従来のFAXにてご連絡よろしくお願ひいたします。
 薬薬連携(Dr.JOY)によるトレーシングレポートにてご返信よろしくお願ひいたします。