



## 抗がん薬 患者指導報告書

患者 I D \_\_\_\_\_ ご氏名 \_\_\_\_\_ 様

薬剤名 \_\_\_\_\_ 薬局名 \_\_\_\_\_

\* 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、阪南市民病院 薬剤部まで FAX をお願いいたします

**阪南市民病院 薬剤部 ( F A X ) : 0 7 2 - 4 7 1 - 2 2 9 7**

( 泉南薬剤師会 )