

# 外来化学療法情報提供書（点滴・内服併用レジメン）

かかりつけ薬局 御中

患者ID \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

当院での現在の治療状況についてご報告させていただきます。

レジメン： \_\_\_\_\_ 療法（ \_\_\_\_\_ コース目 day \_\_\_\_\_ ）

使用薬剤一覧

経口抗がん薬 あり（ \_\_\_\_\_ ） なし

次回予定（再診）日：（ \_\_\_\_\_ ）

※レジメン内容・詳細は当院HPをご参照下さい。（新規採用レジメンに関しましてはHP更新が遅れる場合がございます）

副作用の評価 【Grade評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っております】

有害事象	発現の有無	Grade	備考欄（副作用対策／支持療法等）
悪心	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食欲不振	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
手足症候群	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
高血圧	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
皮膚乾燥／掻痒症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
流涙／ぶどう膜炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

治療状況・報告事項

--