

(外来化学療法センター) 情報共有シート

がん診療に関わる専門の医師と薬剤師が、下記の治療(レジメン)の実施状況、投与量、副作用、検査値を確認し、患者さん、他の医療機関、保険薬局と情報共有を行います。

1枚を、保険医療機関又は保険薬局にお渡しください。

ID	_____	_____	_____	様
説明者	_____	説明年月日	_____	
同席者	_____		_____	
		説明場所	_____	外来化学療法センター

<input type="checkbox"/> 病名	()			
<input type="checkbox"/> レジメン名	()			
経口抗がん剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	() ()	日内服()日休薬	
<input type="checkbox"/> コース数	()			
<input type="checkbox"/> 身長	cm	(測定日)		
<input type="checkbox"/> 体重	kg	(測定日)		
<input checked="" type="checkbox"/> 投与量		体表面積	m ²	
<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳シール参照				
<input type="checkbox"/> 検査値	(測定日 / /)			
<input type="checkbox"/> 副作用	(有害事象共通用語基準Ver5.0)			
悪心		脱毛症		
嘔吐		末梢性感覚ニューロパチー		
疲労		関節痛		
食欲不振		腹痛		
味覚異常		HFS		
口内炎		爪囲炎		
便秘		その他		
下痢				
<input type="checkbox"/> その他				

<保険薬局様へ>

保険薬局の薬剤師の先生方は、上記内容を含め服薬指導をお願いいたします。お気づきのことがありましたら、『処方内容等照会表(※)』に記入の上、この情報共有シートを添えてFAXでご連絡ください。

※「大阪医科薬科大学病院HP」⇒「部門のご案内」⇒「病院薬剤部」⇒「保険薬局の皆様へ」からダウンロード可能

〔問い合わせ先〕 FAX:072-684-6599