

抗がん薬情報共有シート

報告日 年 月 日
患者ID
患者名

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

レジメン名 _____ 療法の Day _____ に

抗がん薬の服用状況、副作用の有無について、

患者さまに電話連絡にて確認を行いましたのでご報告いたします。

<input type="checkbox"/> S-1 <input type="checkbox"/> カペシタビン <input type="checkbox"/> ロンサーフ <input type="checkbox"/> その他()の服薬状況について、
<input type="checkbox"/> コンプライアンスは良好でした。
<input type="checkbox"/> コンプライアンスに問題がありました。
詳細
副作用について聴取したところ、
<input type="checkbox"/> Grade 2以上の副作用は認められませんでした。
<input type="checkbox"/> Grade 2以上の副作用が認められました。
詳細