



トレーニングレポート（癌化学療法）

報告日： 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者氏名		報告者	
生年月日		TEL	
		FAX	

聞き取り日	年 月 日	対象者	☐ 本人 ☐ 家族
聞き取り方法	☐ 薬局聞き取り ☐ 電話 ☐ 在宅訪問		
この情報を伝える事に対して患者の同意を ☐ 得た ☐ 得ていない			
☐ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告します			
レジメン名			

情報共有内容	
☐ 副作用	☐ 服薬状況(アドヒアランス) ☐ 服薬指導内容 ☐ その他 ()
副作用項目： ☐ 皮膚症状 ☐ 口内炎 ☐ 下痢 ☐ 嘔気嘔吐 ☐ 食欲不振	
☐ 浮腫 ☐ 全身倦怠感 ☐ その他 ()	
詳細：	

薬局からの提案内容

※次回診療時の情報提供を記載してください

※38℃以上の発熱等、緊急性のある場合は直接当院に電話でご連絡ください。

※当院で実施している化学療法レジメンは HP にて公開しています