

トレーニングレポート (抗がん剤専用)

患者 ID		保険薬局 名称・FAX 番号
患者氏名		
生年月日	年 月 日	

来局時に問診 薬局から患者へ連絡 患者から薬局に連絡

症状確認日：	年 月 日	担当薬剤師
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (備考：)

有害事象は可能な限り Grade 分類を行い、発現時期、支持療法の投与状況も必要に応じ記載して下さい。

副作用名	なし	あり Grade	発現時期	症状の詳細
発熱				
悪心・食欲不振				
嘔吐				
口腔粘膜炎				
下痢				
便秘				
関節痛・筋肉痛				
呼吸困難 (息切れ)				
皮膚症状				
その他				

その他連絡事項

病院記載欄 対応	担当薬剤師