

**服薬情報等提供料に係る情報提供書 ～肝細胞がん用～**  
**処方箋発行後、「次回受診までの中間日」を目安に電話で確認をお願いします。**

FAX送信先：島根大学医学部附属病院 医師クラーク室 0853-88-3042

確認日： 令和 年 月 日

患者ID		聞き取りした方	患者さん本人 / ご家族 / その他介護者
患者氏名		処方箋発行日	令和 年 月 日
薬局名		確認した薬剤師名	

**【確認事項①】 お薬の服用について**

●お薬の種類 ( レンビマ ・ ネクサバル ・ スチバーガ )

●お薬はしっかり飲めていますか？ ( はい ・ いいえ )

⇒「いいえ」とお答えの方にお聞きます。

1.どのくらい残っていますか？ ( 残っている量： 錠 )

2.飲めなかった理由はありますか？  忘れていた  副作用がきつかった

その他 ( )

**【確認事項②】 お薬によって起こる症状について（アレルギー、副作用等について）**

●**前回来院時に比べて**気になっている症状はありますか？ ( はい ・ 特になし )

⇒「はい」とお答えの方は以下に内容を記載してください

症状	症状の程度 ( 有 ・ 無 )	主要項目
1 血圧がいつもより高い	自宅血圧：「 」 / 「 」 mmHg	高血圧
2 めまい・頭痛がある	有 ( <input type="checkbox"/> 耐えられない <input type="checkbox"/> 耐えられる )	無 高血圧
3 吐き気がある	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない )	無 高血圧
4 手や足に痛みや水ぶくれが 発現している	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない ) 「 」に痛みがある	無 手足症候群
5 食事が取れていない	有 ( 1日「 回 」食事をとっている )	無 食欲低下
6 体重が減ってきた	有 ( 投与前と比べて「 」kg減った )	無 体重減少
7 むくみや体のだるさがある	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない ) 「 」にむくみがある	無 腎障害 疲労
8 元気がない、疲れやすい	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない ) 日中「 」時間布団の中にいる	無 疲労
9 かすれ声になった	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない )	無 嚙声 甲状腺機能低下症
10 下痢	有 ( <input type="checkbox"/> 生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> きたしていない ) 頻繁 ・ 時々 ・ まったくない	無 下痢
11 その他		

**【確認事項③】 頓服の使用状況について**

●頓服を使用しましたか？ ( はい ・ いいえ )

⇒「はい」とお答えの方にお聞きます。

1.どのような症状に対して使用しましたか？ ( 高血圧 ・ 下痢 ・ 嘔気、おう吐、悪心 )

2.使用回数ほどの程度ですか？ ( 回 )

**【薬局からの情報提供】 お薬服用の指導に関する情報（指導の要点や併用薬剤等） ( 有 ・ 無 )**

**【その他特記すべき事項・薬剤に対する提案】** 例) 上記以外に気になる点がある、お金のこと など

患者様の希望により、テレフォンフォローアップは実施しません。

**【返信欄】**

<input type="checkbox"/> 主治医の判断にて経過観察します	<input type="checkbox"/> 病院薬剤師による指導にて対応しました
<input type="checkbox"/> 受診勧奨を行いました	<input type="checkbox"/> MSWにて対応を行いました
<input type="checkbox"/> 次回受診時に主治医に報告します	<input type="checkbox"/> その他 ( )