

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 ・ カボメティクス)
- 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 ()