

内服化学療法フォロー報告書 記載例

内服化学療法服薬フォロー依頼書・結果報告書

※保険薬局の先生へ：居宅での副作用状況の確認をお願いいたします。副作用のない場合でもご報告いただけますと幸いです。保険薬局でのフォローにご同意いただいています。

★初回説明済み事項：用法・用量 副作用 飲食物との相互作用 ★配布：冊子お渡し
 ★説明対象：本人 家族 ★薬剤管理：本人 家族、その他（ ） ★就労：なし・あり（わかる範囲で）（

ID： 11111111 名前：ニッセキハナコ 内服薬：カペシタビン
 1回：3000mg 1日：2回 14日間服用 7日間休薬・連日 服用目的：術後 その他
 治療歴：
 クレアチンクリアランス (Cockcroft)： 56 mL/m²体表面積： 1.5 m² 処方日：10/1 次回診察日：10/22
 指導薬剤師（病院）：八事 太郎

保険薬局名・薬剤師： □□薬局 △△店

〇〇〇〇

保険薬局症状確認日： 10/8

特記事項

保険薬局名
薬剤師名を
記入します

飲み忘れなく継続できております。
 自覚する副作用はほとんどなく、継続に支障はないと
 考えます。
 今後とも副作用に注意していきます。

そのほか
病院へお伝え
したいこと
があれば記入
します

病院で
記載します

CTCAEで
評価します

電話聞き取り時の
症状を記入します

症状	開始前 (病院記入欄)	(保険薬局記入欄) 確認時の症状		
		評価 Grade	(症状あれば) いつから?	対応・指導
悪心	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		
食欲不振	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		
口内炎	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		
排便 (下痢/便秘)	1日に2回	1	10/7	1回だけ下痢 (ブリストルスケール6)
手足症候群 (手足の荒れ)	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		1日2回保湿、予防のため回数を増やせるよう説明しました。
味覚障害	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		
倦怠感	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		
流涙	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	0		

「Day〇」または
「日付」などを
記入します

具体的な対応を
記入します