

治療情報提供書

患者氏名：		薬局名：	
生年月日		所在地：	
情報提供書		TEL・FAX	
本人 ・ 家族 ・ その他 ()		記入者	
レジメン名		最終内服日：	・ 不明
コース目 ・ 不明			
主な副作用状況 (Grade4・5は省略)			
副作用	なし	Grade1	Grade2
Grade3			
悪心(吐き気)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響のない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活動作に影響のない怠さがある、または元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作を制限する怠さがある、または元気がない状態
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 節食習慣の変化を伴わない食欲低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂食量の変化、経口栄養剤による補充を要する
口腔粘膜炎(口内炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食に影響がない、軽度の症状;治療を要さない	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍;食事の変更を要する
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加、人工肛門からの排泄量が軽度増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加・人工肛門からの排泄量の中等度増加、身の回り以外の日常生活動作の制限
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的な症状、便軟化剤/緩下剤/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 緩下剤または浣腸の定期的使用を要する持続的・症状、身の回り以外の日常生活動作の制限
末梢性運動ニューロパチー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 日常生活動作の制限を伴わない軽度の症状、治療を要さない	<input type="checkbox"/> 中等度の症状、身の回り以外の日常生活動作の制限
皮膚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化;身の回り以外の日常生活動作の制限
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧120-139mmHgまたは拡張期血圧80-89mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧140-159mmHgまたは拡張期血圧90-99mmHg
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 \geq 160mmHgまたは拡張期血圧 \geq 100mmHg
患者への指導内容等記載して下さい		<input type="checkbox"/> 他資料渡し済み 有 () ・ 無	
主治医へ情報提供が必要な内容について記載して下さい			

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話 (048-965-2221 代表) にてお願いします。 2022年10月作成版