

# 病薬連携連絡票 返信用

調剤薬局名称：  
連絡薬剤師名：  
記載日：

患者ID：  
患者名：  
来局日：

Q1 患者またはご家族は来局されましたか？  
来局した(本人・本人以外) ・ 来局していない

## お薬の準備依頼

Q2 お薬は患者の来局時にお渡しできましたか？  
はい ・ いいえ  いいえの場合 → 薬のお渡しの状況：  
Q3 服薬アドヒアランスの状況はどうか？  
問題なし ・ 問題あり(数回分残あり ・ 多量に残あり)

## 治療情報の確認

Q4 病薬連携票を利用して患者とお話できましたか？  
かなりできた ・ まずまずできた ・ あまりできなかった ・ 全くできなかった  
どのようなお話をしましたか？

## <治療による副作用確認欄 CTCAE ver4より>

副作用	グレード	グレードの内容			
		0	1(軽度の症状)	2(中程度の症状)	3(重度の症状)
悪心	0・1・2・3	症状なし	軽度の食欲低下	水分摂取は可能であるが食欲低下あり。顕著な体重減少は無し	水分摂取も不可能な顕著な食欲低下あり、点滴の必要もある
口内炎	0・1・2・3	症状なし	軽症:痛みがなく、治療薬が必要ない	中程度の疼痛;治療薬が必要で食事の支障が少しある	高度の疼痛;治療薬が必要で食事摂取不可能
下痢	0・1・2・3	症状なし	1日4回未満の排便回数増加	1日4-6回/日の排便回数増加	1日7回/日以上排便回数増加, 便失禁あり
手足のしびれ	0・1・2・3	症状なし	軽度の感覚変化;治療前と変わらない日常生活を送ることができる	中程度の感覚変化;自分の身の回りのことはできるが、他人のことまではできない	重度の感覚変化;自分の身の回りのことで不可能なこともある
その他の症状					

<気づいた点や病院に知ってもらいたいことなどを記入してください。>

記入後に下記のFAX番号に返信をお願いします。

連携医療機関名

名古屋記念病院  
所在地 名古屋市天白区平針4-305

FAX : 052-806-0513

Eメール : nmhpharmacy@hospy.or.jp

TEL : 052-804-1111(代表)