

送信日 :	年 月 日	保険薬局→薬剤部 FAX : 0776-28-8542
患者 ID :	患者名 :	
保険薬局	名称	
	電話番号	
	FAX 番号	
	担当薬剤師氏名	

【服薬状況(アドヒアランス)に関する情報】 問題点があれば記載し FAX して下さい

【副作用に関する情報】

聴取日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 家族	左記項目が「いいえ」の場合はこちらの項目も記入し 「はい」の項目があれば薬剤部に FAX して下さい	
チェック項目	最近 2 週間の症状について記入して下さい			
下痢	下痢は無かった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 日 4 回以上下痢をした	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎	口の中に違和感はない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	口内炎がありいつもの食事が取れない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
悪心	吐き気はなかった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	吐き気があり食事がふだんの半分以下だった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
嘔吐	吐いた日はなかった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1 日 3 回以上吐いた日があった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
皮疹	皮疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	湿疹や赤みにより痛みやかゆみがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
手足症候群	手足に赤みや腫れがない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	痛みを伴う赤み・腫れ・亀裂がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
眼	眼に違和感はない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	涙が溢れたり物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
末梢神経障害	しびれがない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	日常生活には支障ないが強いしびれがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
その他	(特記事項があれば記載)			

【併用薬に関する情報】 問題点があれば記載し FAX して下さい

【その他】 問題点があれば記載し FAX して下さい

福井県済生会病院薬剤部返信欄

年 月 日 担当薬剤師