



FAX:011-231-2272

斗南病院 薬剤部

特定薬剤管理指導加算 2

連携充実加算算定患者様に副作用確認しましたので報告致します
緊急を要する場合は処方科に直接電話連絡して下さい。

患者 ID:	保険薬局名:
患者氏名:	保険薬剤師名:
生年月日: 年 月 日生	住所:
診療科:	TEL:
処方医師名	FAX:
症状確認日: 年 月 日	
緊急を要する症状で電話連絡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

確認した副作用の項目にチェックして症状と Grade を記載して下さい

発現時○	症状	内容	Grade
	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎		
	<input type="checkbox"/> 食欲不振		
	<input type="checkbox"/> 悪心		
	<input type="checkbox"/> 嘔吐		
	<input type="checkbox"/> 便秘		
	<input type="checkbox"/> 下痢		
	<input type="checkbox"/> 呼吸困難		
	<input type="checkbox"/> 咳嗽		
	<input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹		
	<input type="checkbox"/> 手足症候群		
	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害		
	<input type="checkbox"/> 疼痛		
	<input type="checkbox"/> 倦怠感		
	<input type="checkbox"/> ほてり		

その他医療機関に連絡内容

--

