

処方医師 科 先生 御机下 報告日 年 月 日

患者 ID 氏名

保険薬局名称	
TEL	
FAX	
担当薬剤師	

下記の通り副作用の確認を行いましたのでご報告いたします。

薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡 (問い合わせ) 投薬時

聴き取り日: 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 対応者: 本人 家族

服用期間: 月 日 ~ 月 日 / 休薬期間: 月 日 ~ 月 日

アドヒアランス 良好 不良 → 飲み忘れ回数 ___ 回 ・その他:

有害事象	Grade	確認事項
HFS	<input type="checkbox"/> なし	外用薬 (Cape・REG) <input type="checkbox"/> 塗布できている <input type="checkbox"/> 塗布していない・不十分 → <input type="checkbox"/> 指導実施 疼痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [<input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 皮膚剥離 <input type="checkbox"/> つらい] → 内服中止指示 or 病院へ
<input type="checkbox"/> 内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 疼痛なし → 経過観察 <input type="checkbox"/> 疼痛あり { <input type="checkbox"/> 痛むが食事はできている → 翌日以降再度フォローし悪化の場合病院へ <input type="checkbox"/> 疼痛で食事ができない <input type="checkbox"/> 飲水がつらい → 1つ該当で病院へ
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → [<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 血便・黒色便 <input type="checkbox"/> 白っぽい便] → 1つ該当で病院へ [<input type="checkbox"/> 改善傾向あり <input type="checkbox"/> 飲水できる] → 再度フォローし悪化の場合は病院へ <input type="checkbox"/> 下痢時の飲水指導 (スポーツ飲料など電解質を多く含む) 【ロペラミドなどの止痢剤】 <input type="checkbox"/> 処方なし → [<input type="checkbox"/> 下痢継続 <input type="checkbox"/> 改善なし <input type="checkbox"/> 飲水できない] → 病院へ <input type="checkbox"/> 処方あり → 服用 2 時間後 { <input type="checkbox"/> 改善あり → 経過観察、飲水指導 { <input type="checkbox"/> 改善あり → 経過観察 <input type="checkbox"/> 改善なし → 再度服用し 2 時間後 → <input type="checkbox"/> 改善なし → 病院へ
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → 便秘のほかに [<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部はり <input type="checkbox"/> おならが出ない] → 1つ該当で病院へ ・腸閉塞の既往 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 経過注意 受診必要か下剤対応可能か症状聴き取り) 【下剤】 <input type="checkbox"/> 処方なし → 受診か市販薬案内か症状聴き取り { <input type="checkbox"/> 改善あり → 経過観察 <input type="checkbox"/> 処方あり → 下剤服用方法 (投与量) 確認 → <input type="checkbox"/> 改善なし → 病院へ
悪心 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	[<input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 食欲不振] → [<input type="checkbox"/> 食事・水分が十分に摂取できない <input type="checkbox"/> 嘔吐を繰り返す] → 病院へ ・嘔吐 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり] ・悪心のほかに [<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい] → 1つ該当で病院へ 【制吐薬】 <input type="checkbox"/> 処方なし → { <input type="checkbox"/> 改善なし 悪化・継続 → 病院へ <input type="checkbox"/> 改善あり → 翌日以降、再度フォロー <input type="checkbox"/> 処方あり → 服用 2 時間後 → { <input type="checkbox"/> 改善なし 悪化・継続 → 病院へ <input type="checkbox"/> 改善あり → 翌日以降、再度フォロー ・体重減少 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ___ 週前から ___ kg 減
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → [<input type="checkbox"/> だるいが動ける → 経過観察 <input type="checkbox"/> だるくて動けない → 病院へ]
咳	無・有	咳の強さ この 1 週間で咳は [<input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 強くなった → 病院へ]
発熱	無・有	<input type="checkbox"/> 37.5℃未満 [<input type="checkbox"/> 体調不良なし → 経過観察 <input type="checkbox"/> 微熱だが下痢、悪心あり → 病院へ] <input type="checkbox"/> 37.5℃以上 → 病院へ連絡 (発熱時の処方あれば服用したか確認)
息切れ	無・有	この 1 週間で [<input type="checkbox"/> 変化なし → 経過観察 <input type="checkbox"/> 強くなった (安静時や少し動くと苦しい) → 病院へ]
特記事項		