

トレーニングレポート (ベージニオ)



送信先

大阪国際がんセンター D1室

がん薬薬連携窓口

FAX 06-6945-1290

《注意》 この用紙は疑義照会ではありません。 報告日： 年 月 日
医師への疑義照会・緊急時は電話で行ってください。

がんセンター ID		保険 薬局名	
患者名		薬剤師名	
医師名		FAX	

※ 患者さんより、FAX送信の同意を 得た。 得ていない。

< 副作用モニタリング実施 >		該当する症状に <input checked="" type="checkbox"/> してください	
下痢	1日8回以上	間質性 肺炎	空咳
	激しい腹痛		発熱
	発熱・嘔吐・口渇		労作時の息切れ
	血便・黒色便	これらの項目に <input checked="" type="checkbox"/> の場合 ↓ 緊急に対応が必要 (以下のどちらかを実施の上FAX)	
	飲水ができない		
	めまい・ひどい倦怠感		

※ 直接医師に連絡した 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた

< Grade3 > 必要に応じてGrade2 緊急性が高い場合 ➡ 医師連絡 受診勧告	悪心		その他
	嘔吐		
	食欲不振		
	疲労		

※ 直接医師に連絡した 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた 報告のみ

特記事項

返信欄

- ご報告ありがとうございます。
 医師に連絡しました。
 その他



担当薬剤師

大阪国際がんセンター 薬局