

経口抗がん剤開始時情報交換書

様式-2

Ver.1.1

【中国中央病院 →

】

報告日

年

月

日

(当院ID:)			
患者名:) 様 (才)		性別 性	
傷病名			
薬剤(レジメン)		導入区分	外来 ・ 入院
用法・用量 投与スケジュール		減量の有無	あり ・ なし
		減量理由	
内服開始日	年 月 日	説明対象	本人 ・ 家族 ・ その他()
処方医		連絡先	TEL:084-970-2121
担当薬剤師			FAX:084-970-2125
情報提供 伝達事項など	※この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない		

【薬局 → 中国中央病院】

報告日

年

月

日

薬局名			
説明対象	本人 ・ 家族 ・ その他()	薬の管理者	本人 ・ 家族 ・ その他()
評価項目	病名の理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
	説明内容の理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
	用法・用量の理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
	開始日の理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
	有害事象に関する理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
	有害事象予防・対処薬の理解	スコア	4 ・ 3 ・ 2 ・ 1
情報提供 伝達事項など	*薬剤師が評価したスコアが低い場合の対応など		
担当(かかりつけ) 薬剤師		連絡先	TEL:
			FAX:

記入後、この用紙と問診票(様式-1)を返信してください(FAX番号:084-970-2125)

【スコア評価ツール】

スコア4 非常に良好(追加説明の必要がない) スコア3 良好(理解度は良いが一部追加の説明が必要)
 スコア2 やや不良(断片的に理解しているが今後も理解度を確認する必要あり) スコア1 不良(全く理解できない。薬の管理は困難)