

薬局名 _____ 患者氏名 _____ 様 送信枚数 _____ / _____

処方医師名 _____ 先生御机下 処方箋 ID 番号（処方箋に記載あれば）: _____

抗悪性腫瘍剤等に関する薬学的管理の報告(案1)

- | | | | |
|---------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・がん化学療法に関する情報提供書の確認 | （患者からの提出） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ・レジメンや支持療法に関する情報の確認 | HP 等での確認 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | お薬手帳での確認 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

レジメン ()

医療機関と薬局の連携目的

治療の目的

- ① 手術前のがんを小さくして手術で取り除き易くする（術前補助化学療法）
- ② 手術後に体のどこかに潜んでいるがんを根絶して、再発を予防する（術後補助化学療法）
- ③ 根治切除不能ながんに対して、がんを縮小させたり、がんが大きくなるように抑えたりする（延命） がんによって起こっている症状を和らげる（症状緩和）
- ④ がんを完全に治す
- ⑤ その他 ()

実施状況 初回 レジメン変更 抗がん剤等の投与量

主な副作用の発現状況

その他医学・薬学的管理上必要な事項

がん化学療法に関する相談

総評

- 問題なく服用できています。
- 少しだけ不安があるようです。
- かなり継続は難しそうです。

その他