

地域連充実加算用レポート

在宅投薬（抗がん薬）の電話連絡での確認作業同意について

この度、新規のお薬を服用に際して投薬（使用方法、投薬方法、手技、主な注意が必要な副作用など）を説明しました。当薬局では、在宅にてお薬を服用開始後7日前後に、現状の投薬に関して電話連絡にて確認をすることで患者様が安心して治療できる体制を取っています。投薬後の確認連絡を取ることにに関して、患者様の同意が必要です。ご協力していただける患者様に限り、同意書にサインを下さい。

同意者； _____

電話番号； _____（ _____ ）

連絡日・時間帯 月 日 （ 日中大丈夫 ， 時ごろ ）

抗がん薬治療について（ 初回導入・継続服用 ）での患者様

抗がん剤（休薬なしの薬、休薬ありの薬、注射薬のみ）

抗がん薬治療の病院からの説明書あるが、理解力の確認（ 理解あり、理解不十分 ）

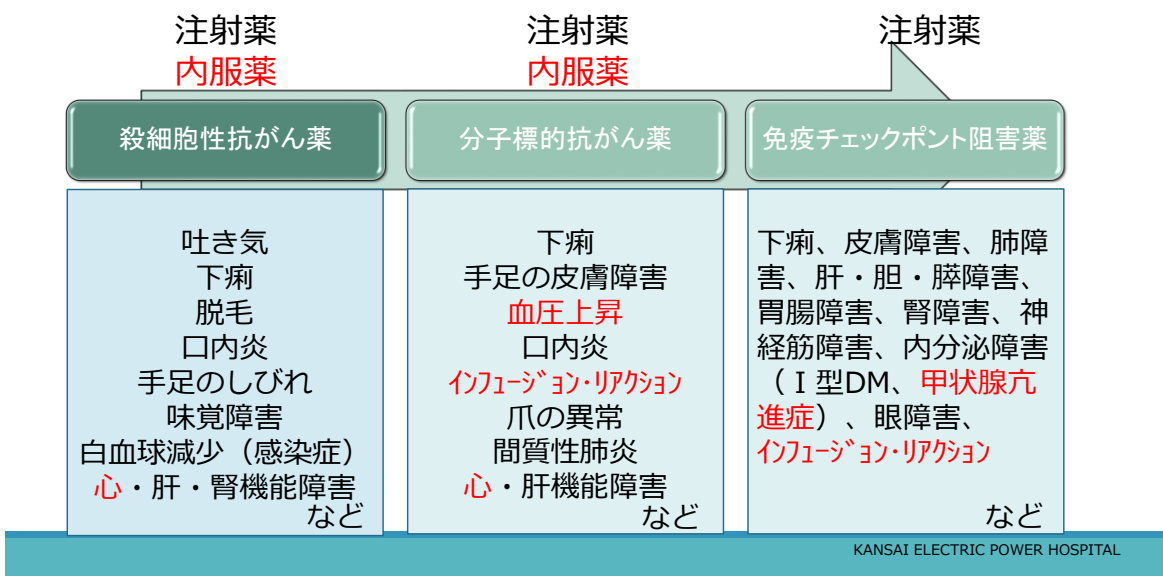
必要であれば服薬中薬剤名

（薬剤名； _____ ）

抗がん薬の内服・注射薬の副作用の目安

下記の図を参考に抗がん薬の投薬（内服約・注射薬）に合わせた問診を実施する。

抗がん薬の変遷と副作用の違い



※この用紙は患者情報です。薬局保管用ですのでFAXでの送信は不要です。

地域連充実加算用レポート

かかりつけ薬局よりかかりつけ病院への情報提供書

(特定薬剤管理指導加算 2[特定薬剤]に関するレポート)

患者 ID : 氏名 :
レジメン名 : 処方日 : 年 月 日
かかりつけ病院 : 関西電力病院 (科)
患者フォローアップ実施日 : 年 月 日 薬剤氏名 : _____

※上記の患者様に電話連絡にて特定薬剤のフォローアップとして下記の内容について確認しましたので報告いたします。

抗がん薬の内服・注射薬の副作用の目安

下記の図を参考に抗がん薬の投薬（内服薬・注射薬）に合わせた問診を実施する。

服薬状況の把握の確認

コンプライアンス（良い、悪い）

⇒何故（ 飲み忘れる、回数が多い、飲みたくない、気分が悪くなる、吐き気が強い ）

副作用の把握（太字下線が1つ以上の場合は直ぐに電話・FAX連絡必須）

1. 悪心・嘔吐症状（**あり**・なし）⇒食事摂取に問題（**あり**・なし）
2. 下痢症状の確認（なし・1回程度・2回程度・3回程度・**4回以上**）
⇒下痢止めの薬（あり・なし）⇒ある場合（服用済み・まだ服用していない）
3. 発熱に関して（平熱・微熱（37.2℃程度まで）・**高熱（38℃以上）**）
4. 飲水状況・水分摂取（できている・**できていない**）
⇒1日500mL以上の水分補給必要（夏場）

上記太字下線以外の問題点（なし・あり）（→経過観察、病院に患者様の病態確認依頼）

⇒（口内炎の有・無、出血傾向の有・無 手足のしびれなどの有・無）

電話対応にて患者様が自発的に連絡（あり・なし）

その他自覚症状；皮膚症状（かさつく・ひび割れ・かわがむける）

つめの症状（荒れている・黒く沈着・割れる）

血圧の状況（高め・変化なし・低め）⇒のぼせる・発汗あり

その他自覚症状（手書き）；

(FAXでの情報共有 薬局⇒関西電力病院薬剤部へ 06-7501-1404 まで)