

患者情報連絡書(抗がん剤副作用チェックシート)

診療科	科	処方医	令和	年	月	日
患者名		患者ID	性別	男・女		
患者生年月日	大・昭・平・令 年 月 日					
レジメン名		確認日	令和	年	月	日
			コース目・ 日目			

※前回点滴後から確認日までに出現した症状を記載(副作用の早期発現や重篤化予防のために週1回程度)

副作用名	症状	指導内容	医療機関への緊急連絡の症状
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 悪心対策を指導した(食事の工夫など) <input type="checkbox"/> 支持薬の使用方法を指導した <input type="checkbox"/> その他:	水分摂取できない、 6回以上/24時間の嘔吐
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 食事のとり方を指導した <input type="checkbox"/> 水分摂取を促した <input type="checkbox"/> その他:	著しい体重減少
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指導した <input type="checkbox"/> その他:	軟便または水様便7回以上増加、水分摂取できない
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 日常生活の過ごし方を指導した(気分転換など環境の整備など) <input type="checkbox"/> その他:	
手足症候群(HFS)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 軟膏の使用方法を指導した(手足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど) <input type="checkbox"/> その他:	痛みを伴い日常生活の制限
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> 冷たいものを避けるよう指導した(オキサリプラチンの副作用) <input type="checkbox"/> 日常生活の過ごし方を指導した(軽いマッサージなど) <input type="checkbox"/> その他:	運動障害、日常生活の制限
骨髄抑制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 手洗い、うがいなど感染予防対策を指導した <input type="checkbox"/> 医療機関への受診タイミングを確認した <input type="checkbox"/> その他:	発熱( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )、咳、咽頭痛、悪寒
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 医療機関への受診タイミングを確認した <input type="checkbox"/> その他:	空咳、息切れ、息が苦しい、微熱
その他			

指導内容・副作用報告など(必ず記載してください)

薬局名 \_\_\_\_\_

薬剤師名 \_\_\_\_\_ (印)

住所

電話番号

FAX番号