

Per / Tr / DOC単独療法施行後、電話での確認事項(治療3~7日目が目安)

初回に加え、有害事象が見られた場合等にも使用

【( )クール目】

病院 I D	患者氏名	生年月日
	様	年 月 日
電話連絡日時	月 日 (day )	承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

来局日
月 日

下線の症状を確認した場合、  
すぐに病院へ電話

<b>DEXの服用状況</b>	
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	詳細
<b>ジーラスタの副作用</b>	
<input type="checkbox"/> 発熱( )°C <input type="checkbox"/> 関節痛 等	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛薬の使用について
<input type="checkbox"/> FNのタイミングではない熱であることの確認	
<b>副作用</b>   詳細	
悪心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 1、変化なし、摂取量も変わらない	
味覚障害 <input type="checkbox"/> 2、あり、食事量変化なし	
食欲不振 <input type="checkbox"/> 3、あり、経口摂取量の低下	
<input type="checkbox"/> <b>4、あり、食事が全くとれない</b>	
ありの場合チェック <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 悪心	
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚障害	
<input type="checkbox"/> FN時の対応について確認しました	
* 37.5°C以上の発熱の際、病院に連絡をし指示を仰ぐ。感染予防の為にうがい、手洗い、歯磨き等しっかりと行うよう指導。	
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、軽度で経口摂取に支障なし	
<input type="checkbox"/> <b>3、高度で経口摂取に支障あり</b>	
<input type="checkbox"/> 嗽が出来ているか確認	
下痢 <input type="checkbox"/> 1、排便回数の増加なし	
<input type="checkbox"/> 2、1日3回以下の排便増加	
<input type="checkbox"/> 3、1日4~6回の排便増加	
<input type="checkbox"/> <b>4、1日7回以上の排便増加</b>	
⇒水分摂取できない場合すぐに連絡	
便秘 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり、下剤の服用で改善	
<input type="checkbox"/> <b>3、下剤を使用しても改善しない</b>	
皮膚症状 <input type="checkbox"/> 1、変化なし	
爪の変化 <input type="checkbox"/> 2、変化あり	
<input type="checkbox"/> 手足症候群の予防(保湿剤の使用)について確認	
<input type="checkbox"/> 爪の保護について確認しました	
筋肉痛 <input type="checkbox"/> 1、なし	
関節痛 <input type="checkbox"/> 2、あり(痛み止めの服用なし)	
倦怠感 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり、日常生活に支障なし	
<input type="checkbox"/> 3、あり、日常生活に支障あり	
末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり	
<b>* 2回目以降のみ</b>	
浮腫 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり	
その他 伝達事項	

担当薬剤師	薬局名	TEL	FAX