

薬薬情報共有レポート

ID:	
患者名:	様
処方日:	年 月 日

聴き取り日:	平成 年 月 日
報告者氏名:	

●今回の情報提供について、患者様またはご家族の ☐ 同意あり ☐ 同意なし

* 問診の対象 ☐ 患者ご本人 ☐ ご家族 ☐ 代理人

■分子標的治療薬 / その他

薬剤名: _____

[症状]

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ 下痢 (grade) | ☐ 高血圧 (grade) | |
| ☐ 便秘 (grade) | 血圧 (/) | |
| ☐ 嘔気・嘔吐 (grade) | 参考 (月 日 /) | |
| ☐ 口内炎 (grade) | | |
| ☐ 食欲低下 (grade) | | |
| ☐ 味覚異常 (grade) | ☐ 発疹 (grade) | ☐ 手足症候群 |
| | ☐ ざそう様皮疹 (grade) | ☐ 0 症状なし |
| ☐ 倦怠感 (grade) | ☐ 皮膚乾燥 (grade) | ☐ 1 表面の違和感 (日常生活制限なし) |
| ☐ 発熱 (grade) | ☐ 爪囲炎 (grade) | ☐ 2 痛みあり (腫脹・紅班・日常生活に制限) |
| | | ☐ 3 痛みあり (落屑・水泡・潰瘍 日常生活遂行不能) |
| ☐ アドヒアランス | ☐ 視覚障害 (grade) | ☐ その他 (具体的な症状記入) (grade) |

コメント

質問欄

返信欄

担当: