

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: _____ 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

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> TS-1 <input type="checkbox"/> CDDP併用 <input type="checkbox"/> SOX <input type="checkbox"/> SOX + BV <input type="checkbox"/> CBDCA併用 <input type="checkbox"/> DOC併用 <input type="checkbox"/> その他抗がん剤 <input type="checkbox"/> IRIS | <input type="checkbox"/> カペシタビン(ゼローダ) <input type="checkbox"/> XELOX <input type="checkbox"/> XELOX + BEV <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> Her + XP <input type="checkbox"/> XELIRI <input type="checkbox"/> XELIRI + BEV <input type="checkbox"/> その他抗がん剤 | <input type="checkbox"/> ロンサーフ <input type="checkbox"/> その他 レジメン番号 _____ レジメン名 _____ |
|---|---|---|

[生活状況]

- 便秘 (grade)
- 下痢 (grade)
- 嘔気・嘔吐 (grade)
- 口内炎 (grade)
- 食欲低下 (grade)
- 倦怠感/疲労 (grade)
- 発疹 (grade)
- 発熱 (grade)
- 流涙 (grade)
- アドヒアランス

その他 (grade)
(具体的な症状記入)

[薬剤性]

*ベバシズマブ(アバステン)併用

- 高血圧 (grade)
 ベースから20mmHg以上の上昇 または以前正常の方 > 130/80への上昇
 血圧 (/)
 参考 (月 日 /)

*カペシタビン(ゼローダ)内服

- 手足症候群
 - 0 症状なし
 - 1 表面の違和感(日常生活制限なし)
 - 2 痛みあり(腫脹・紅斑・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)

*オキサリプラチン(エルプラット)併用

- 末梢神経障害
 - 0 症状なし
 - 1 しびれはあるが動作に影響なし
 - 2 しびれで動作に制限あるが、日常生活制限なし
 - 3 しびれで日常生活に支障あり

コメント

質問欄

返信欄

担当: