

## 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

## ■分子標的治療薬 / その他

薬剤名: \_\_\_\_\_ 【注射(併用含む)の場合: レジメン番号 \_\_\_\_\_ レジメン名 \_\_\_\_\_】

[症状]

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

コメント

質問欄

返信欄

担当: