横須賀共済病院薬剤科宛(FAX:046-822-9139)

作成日:20**年○月△日

化学療法実施状況(返信用)

ID: *********
氏名: 横須賀太郎
生年月日: 19**年●月■日
性別: 男性

診療科: 外科
担当医: 神奈川太郎
担当薬剤師: 横須賀花子
処方箋交付日: 20**年○月□日

レジメン名
ﾍﾞﾊﾞｼｽﾞﾏﾌﾞ+IRIS

クール数/day
3ｸｰﾙ目/day1

副作用発現状況[3つまで]

副作用1	副作用2	副作用3
下痢	便秘	悪心
出現時期	**出現時期**	**出現時期**
day5-9	day2-4	day2-5
Grade(CTCAE 最新ver)	**Grade(CTCAE 最新ver)**	**Grade(CTCAE 最新ver)**
3	2	2
生活への影響	**生活への影響**	**生活への影響**
■有 外出できない □無	□有 ■無	■有 粥に変更して食事量30% □無
随伴症状	**随伴症状**	**随伴症状**
■有 脱水症状 □無	■有 腹満感 □無	■有 3kgの体重減少 □無
提案事項	**提案事項**	**提案事項**
■有 下痢対策 □無	■有 便秘対策 □無	■有 悪心対策 □無
備考	**備考**	**備考**

SAMPLE

服薬状況

支持療法薬の使い方	経口抗がん剤のアドヒアランス
■指示通り使っている □指示通り使っていない □使い方を理解していない コメント:	■現時点で全て服用できている □飲み忘れがある *→残薬は服用期間を過ぎたら飲まずに次回診察時に持参* □何らかの理由で服薬できない *→コメント欄に理由を記載してください* コメント:

薬局名
住所

電話番号
FAX番号
保険薬剤師

※この用紙に該当事項を記載して上記宛先までFAXして下さい。
患者の同意が得られない場合はFAX不要です。

この用紙は横須賀共済病院薬剤科ホームページの「がん化学療法レジメン」中にあります