

化学療法実施状況(返信用)

送信先 横須賀市立総合医療センター 薬剤部

FAX: 046-845-5093(薬剤部直通)

TEL: 046-845-5092(薬剤部直通)

ID
氏名
生年月日

処方交付日
診療科
担当医

レジメン名:

副作用(関連項目にチェックをしてCTCAE 最新verのGradeに準じて記載してください)

出現時期、生活への影響、随伴症状、提案事項等もわかる範囲で記載してください。

末梢神経障害 (Grade)

手足症候群 (Grade)

神経障害(感覚性) (Grade)

神経障害(運動性) (Grade)

食欲不振 (Grade)

悪心 (Grade)

下痢 (Grade)

口内炎 (Grade)

疲労 (Grade)

便秘 (Grade)

嘔吐 (Grade)

その他

服薬状況

現時点ですべて服用できている

飲み忘れがある

→残薬は服用期間を過ぎても飲まないように指導し、次回点滴時に持参するように指導してください

服薬できない

[コメント]

発信先:

薬剤師名:

※この用紙に該当事項を記載して上記宛先までFAXしてください