

# 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