

DTX単独療法施行後、電話での確認事項(治療3~7日目目安)

初回に加え、有害事象が見られた場合等にも使用

【()クール目】

病院 I D	患者氏名	生年月日
	様	年 月 日
電話連絡日時	月 日 (day)	承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

来局日
月 日

下線の症状を確認した場合、
すぐに病院へ電話

DEXの服用状況			
<input type="checkbox"/> 良好	詳細		
<input type="checkbox"/> 不良			
副作用			
悪心、嘔吐	<input type="checkbox"/> 1、変化なし、摂取量も変わらない		
味覚障害	<input type="checkbox"/> 2、あり、食事量変化なし		
食欲不振	<input type="checkbox"/> 3、あり、経口摂取量の低下		
	<input type="checkbox"/> 4、あり、食事が全くとれない		
ありの場合チェック	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚障害		
<input type="checkbox"/> FN時の対応について確認しました			
* 37.5℃以上の発熱の際、病院に連絡をし指示を仰ぐ。感染予防の為にうがい、手洗い、歯磨き等しっかりと行うよう指導。			
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 1、なし <input type="checkbox"/> 2、軽度で経口摂取に支障なし <input type="checkbox"/> 3、高度で経口摂取に支障あり		
<input type="checkbox"/> 嗽が来ているか確認			
下痢	<input type="checkbox"/> 1、排便回数の増加なし <input type="checkbox"/> 2、1日3回以下の排便増加 <input type="checkbox"/> 3、1日4~6回の排便増加 <input type="checkbox"/> 4、1日7回以上の排便増加 ⇒水分摂取できない場合すぐに連絡		
便秘	<input type="checkbox"/> 1、なし <input type="checkbox"/> 2、あり、下剤の服用で改善 <input type="checkbox"/> 3、下剤を使用しても改善しない		
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 1、変化なし		
爪の変化	<input type="checkbox"/> 2、変化あり		
<input type="checkbox"/> 手足症候群の予防(保湿剤の使用)について確認			
<input type="checkbox"/> 爪の保護について確認しました			
筋肉痛	<input type="checkbox"/> 1、なし		
関節痛	<input type="checkbox"/> 2、あり(痛み止めの服用なし)		
倦怠感	<input type="checkbox"/> 1、なし <input type="checkbox"/> 2、あり、日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 3、あり、日常生活に支障あり		
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 1、なし <input type="checkbox"/> 2、あり		
* 2回目以降のみ			
浮腫	<input type="checkbox"/> 1、なし <input type="checkbox"/> 2、あり		
その他 伝達事項			
担当薬剤師	薬局名	TEL	FAX

--	--	--	--