

S-1 / カペシタビン：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から7日目頃

報告日： 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【副作用確認】 ※該当する症状に○を記載してください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

悪心		食事/飲水ができない		1日8回の下痢
間質性肺炎		発熱	下痢	腹痛を伴う下痢
		空咳		血便・黒色便
		息切れ（労作時）		激しい嘔吐
手足症候群		水泡の形成がある		
		皮膚の亀裂が起きている		激しい倦怠感
		痛みで歩行困難	口内炎	びまん性の症状がある
		痛みで手が使えない		食事ができない
倦怠感		日常生活を過ごせない	流涙	日常生活に支障がある

上記の症状を確認した場合、

**「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」**

その上でFAX対応をお願い致します。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

ステロイド軟膏、保湿剤、ロペラミド、目くすり等の使用方法、使用状況など

【特記事項】

- ◆保湿剤の使用状況（良好・不十分）
- ◆ステロイド外用剤の使用状況（良好・不良・未使用）： Grade\_\_\_\_
- ◆うがいの実施状況（良好・不良） □食塩水 □ハチアズレ
- ◆食事摂取状況について  
□通常通り □少し減っている □半分以下に減っている： Grade\_\_\_\_
- ◆流涙対策を実施状況  
□洗眼している □未対応 □洗眼方法への理解不足

