

カペシタビン（乳がん術後補助）：トレーシングレポート

*内分秘療法の併用：□

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から5～7日目・14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。

□間質性肺炎

□発熱 □空咳 □息切れ（労作時）

□下痢

□□内炎を伴う下痢 □水分摂取不可 □激しい腹痛を伴う下痢 □激しい倦怠感

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。

【確認事項】

●**悪心**→ なし・あり (Grade:)

・食事摂取への影響→ なし・あり

・制吐剤の使用状況→1日____回 (効果 あり・なし)

●**口内炎**→ なし・あり (Grade:) (症状:)

・痛み→ なし・あり

・経口摂取への影響→ なし・あり

・うがいの状況→1日____回

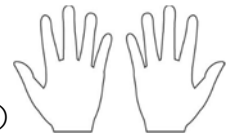
●**下痢**→ なし・あり (Grade:) (1日____回・BS____)

・下痢止めの使用状況→1日____回 (効果 あり・なし)

●**皮膚症状**→ なし・あり (Grade:) (皮疹・色素沈着・その他:)

・保湿剤の使用→ なし・あり ()

・ステロイド外用剤の使用→ なし・あり ()



その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。