

【日立総合病院 がん患者トレーシングレポート】

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	
生年月日	年 月 日	TEL / FAX	/
診療科	科	処方箋交付年月日	年 月 日
担当医	先生	患者からの同意	有 ・ 無

レジメン名	療法
化学療法実施日	年 月 日 (クール目day)
フォローアップ日	年 月 日 (クール目day)

	Grade	発現時期	備考・指導内容
倦怠感	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
食欲不振	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
悪心	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
嘔吐	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
下痢	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
便秘	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
口腔内膜炎	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
注射部位反応	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
手足症候群	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
末梢神経障害	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	
	0 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	day ~	

※グレード評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っています。

※緊急性のある情報提供に関しては日立総合病院代表 0294-23-1111から内線で薬務局 製剤室 2551までご連絡ください。

※G2以上で判断に困る場合は受診勧奨してください。

担当薬剤師コメント欄

- 症状改善ないため、受診希望されております。 副作用出現していますが、上手く対処できているようです。
 支持療法について介入が必要と思われます。 体調お変わりなく経過しているようです。
 次回受診日まで様子を見るようです。

記載日： 年 月 日

カルテ記載： 済 未