

新潟労災病院 薬剤部宛

電話 025-543-3123

FAX 025-545-4065

薬局名・住所・電話・FAX

担当薬剤師氏名 _____

TS-1 療法		受診日		年	月	日
患者 ID				診療科		
患者氏名				医師名		
服薬指導対象者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ()					
服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良					

<服薬開始時>

服用方法 (抗がん剤・支持薬など)	<input type="checkbox"/> 説明済
副作用 (嘔気・嘔吐 下痢 口内炎 食欲不振 味覚障害 色素沈着 発疹 流涙など) の初期症状や対応について	<input type="checkbox"/> 説明済
その他特記事項	

<前回受診日からの症状について>

服薬状況	<input type="checkbox"/> 残薬なし <input type="checkbox"/> 残薬あり				
嘔気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	流涙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	色素沈着	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他特記事項					

<<アセスメント結果>>

- 継続可能
 下記の検討が必要

--