

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 _____

該当療法を○で囲んでください。

カペシタビン療法 XELOX 療法 +ベバシズマブ		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 手足症候群 末梢神経障害 高血圧 鼻出血など) 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	口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
手足症候群	腫脹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水疱・びらん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	角化・落屑	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	亀裂	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	→上記「あり」の場合、該当項目にチェック			<input type="checkbox"/> 痛みを伴う
				<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり
予防・対症療法の実施状況		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
末梢神経障害 (オキサリプラチン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ありの場合、該 当項目にチェック	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う	
			<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり	
高血圧 (ベバシズマブ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	鼻出血 (ベバシズマブ)	<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

--