

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。

セツキシマブ or パニツムマブ+イリノテカン療法		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				

副作用：嘔気・嘔吐 下痢 口内炎 血球減少 脱毛 皮膚障害など

<治療開始時（該当する薬がある場合）>

*患者によって変更になる場合があります。

服用方法（支持薬など）	<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>

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	
皮膚障害	ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	爪囲炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	予防・対症療法の実施状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
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

--