

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。

ドセタキセル療法		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：脱毛 血球減少 皮疹 浮腫 爪疾患 味覚障害 末梢神経障害 関節痛・筋肉痛  
涙流など

<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（デキサメタゾン錠など）	<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	皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
爪疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	関節痛・筋肉痛	<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

--