

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。

レゴラフェニブ療法		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 (手足症候群・高血圧・下痢・発疹・発生障害・肝機能障害・疲労など)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			
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		
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
疲労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	発生障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
肝機能障害の症状 (黄疸・全身倦怠感・食欲不振など)			<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

--