

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

担当薬剤氏名 \_\_\_\_\_

該当療法を○で囲んでください。

パクリタキセル療法 +ラムシルマブ		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				

副作用：末梢神経障害 関節痛・筋肉痛 脱毛 血球減少 高血圧 鼻出血など

<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	

<治療開始時（該当する薬がある場合）>

嘔気	<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
嘔吐	<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	→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（ラムシルマブ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	鼻出血（ラムシルマブ）	<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

--