

服薬情報提供書（外来がん薬物療法）（EXCEL）の使用方法

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC		
1	ID:	名前:														様	記入日:	年		月	日										
2	身長:	cm				体重:	kg				体温:	℃																			
3	血圧:	/				mmHg	脈拍:	回/分																							
4	前回投与日から今日までの症状についてチェックしてください。																														
5	◆ 気になる症状がありましたか？																														
6	☐ ない ⇒確認は以上です ☐ ある ⇒症状について下記の質問にお答えください																														
7	● 食欲不振はありましたか？															● 手足のしびれはありましたか？															
8	☐ ない ☐ ある ☐ 食事量は変わらなかった(G1) ☐ 食事量が減った(G2) ☐ 食事が全くとれなかった(G3)															☐ ない ☐ ある ☐ 普段の生活に変わりはなかった(G1) ☐ 普段の生活の妨げになった(G2) ☐ 身の回りの日常動作ができなかった(G3)															
9																															
10																															
11	● 吐き気はありましたか？															● 浮腫、むくみはありましたか？															
12	☐ ない ☐ ある ☐ 食事量は変わらなかった(G1) ☐ 食事量が減った(G2) ☐ 食事が全くとれなかった(G3)															☐ ない ☐ ある ☐ 普段の生活に変わりはなかった(G1) ☐ 普段の生活の妨げになった(G2) ☐ 身の回りの日常動作ができなかった(G3)															
13																															
14																															
15	● 嘔吐はありましたか？															● あてはまるものにチェックして下さい															
16	☐ ない ☐ ある ☐ 1日に2回以下(G1) ☐ 1日に3～5回(G2) ☐ 1日に6回(G3)															☐ 熱があった ☐ 息切れ、息苦しさ、咳が出るといった症状 ☐ 音が聞こえにくかった ☐ 関節の痛みがあった ☐ しゃっくりがでた ☐ 毛が抜けてきた ☐ じんましん、皮膚がでた ☐ 皮膚が乾燥していた ☐ 爪の周りが赤く腫れていた ☐ 血圧が高かった															
17																															
18																															
19	● 口内炎はありましたか？																														
20	☐ ない ☐ ある ☐ 普段の食事が食べられた(G1) ☐ 食事内容の変更が必要(G2) ☐ 食事が食べられなかった(G3)																														
21																															
22																															
23	● 味覚に変化はありましたか？																														
24	☐ ない ☐ ある ☐ 食事量は変わらなかった(G1) ☐ 食事量が減った(G2)																														
25																															
26																															

副作用
を確認
副作用

情報提供書 (がん)
副作用チェックシート
+

副作用チェックシートタブを開き、副作用症状を確認の上、該当項目に☑をつける。
副作用詳細や提案などの詳細を記載する。

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AAABACADAEAFAGAH			
27	副反応状況		□ 良好 □ 不良
29	主な副作用		発現状況
30	食欲不振	□ なし ■ あり	Grade2
31	悪心	□ なし ■ あり	Grade2
33	嘔吐	■ なし □ あり	
34	口内炎	■ なし □ あり	
36	味覚異常	□ なし ■ あり	Grade1
37	倦怠感	□ なし ■ あり	Grade1
40	下痢	■ なし □ あり	
41	便秘	■ なし □ あり	
42	しびれ	■ なし □ あり	
43	浮腫	■ なし □ あり	
44	その他の症状		
45			関節痛
46		脱毛	
47	食事がひりつような感じがする。		
48			
49			
50			
51	＜提案＞		
52	吐き気が強いことを気にされていたため、制吐剤をアロプリジン、六君子湯などの処方もご検討宜しいと思います。		
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			

チェックシートの該当項目に
へ反映されます。
情報提供書(がん)タブへ変更し
印刷してご使用ください。

情報提供書(がん)

副作用チェックシート

+

チェックシートの該当項目に☑をいれると、自動で情報提供書へ反映されます。
情報提供書(がん)タブへ変更し報告書上部の必要事項を記載し、印刷してご使用ください。

服薬情報提供書は必ず「情報提供書（がん）」を印刷してFAXお願いします
「副作用チェックシート」は服薬情報提供書としては使用しないでください