

外来がん薬物療法の治療進捗報告書

患者番号				記載日	
患者氏名					
生年月日		性別		記載者名	

上記の患者様に実施されたがん薬物療法の治療進捗状況を報告いたします。

レジメン名: _____ () 次回注射抗がん薬投与予定日: _____ / _____

抗がん薬および投与量:

～～引き継ぎ事項～～

副作用症状一覧

1	<input type="checkbox"/> 悪心	7	<input type="checkbox"/> 味覚異常	13	<input type="checkbox"/> 手足症候群	19	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
2	<input type="checkbox"/> 嘔吐	8	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	14	<input type="checkbox"/> 浮腫	20	<input type="checkbox"/> 咳嗽
3	<input type="checkbox"/> 便秘	9	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	15	<input type="checkbox"/> 動悸	21	<input type="checkbox"/> 流涙
4	<input type="checkbox"/> 下痢	10	<input type="checkbox"/> 疼痛	16	<input type="checkbox"/> 高血圧	その他:	
5	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	11	<input type="checkbox"/> 爪囲炎	17	<input type="checkbox"/> 鼻出血		
6	<input type="checkbox"/> 食欲不振	12	<input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹	18	<input type="checkbox"/> 倦怠感		

今後、特に注意してほしい副作用にレを付けています。

各副作用の重症度は、当院ホームページ

(<https://www.khp.kitasato-u.ac.jp/Bumon/drug/bumon/bumon2/asp>)に掲載しています。

服薬状況提供書(トレーシングレポート)による情報提供にご協力をお願い致します。

患者番号			記載日	
患者氏名			記載者名	
生年月日		性別		

体温	℃	
血圧	/ mmHg	体重 kg

症状	なし	1	2	3	症状出現の期間
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが食べられた	<input type="checkbox"/> 食べられず体重が減った	<input type="checkbox"/> 水分も摂れなかった	(治療後 日目～ 日目)
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を必要としない	<input type="checkbox"/> 症状に対する点滴や治療が必要	<input type="checkbox"/> 入院治療が必要	(治療後 日目～ 日目)
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲は低下したが食べられた	<input type="checkbox"/> 食事摂取量が減った栄養剤が必要	<input type="checkbox"/> 体重が減り点滴治療が必要	(治療後 日目～ 日目)
味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食生活は変化していない	<input type="checkbox"/> 食生活が変化した不快な味・味の消失	—	(治療後 日目～ 日目)
口腔粘膜炎症(口内炎を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無症状または軽い痛み治療は必要としない	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食事内容を変更する	<input type="checkbox"/> ひどい痛みがあり食事が食べられない	(治療後 日目～ 日目)
だるさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるい、元気がない	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動いた時、息切れがある	<input type="checkbox"/> 動いた時、息切れがあり日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 安静時にも息切れがあり、身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日の最高体温が38.0～39.0℃	<input type="checkbox"/> 1日の最高体温が39.1～40.0℃	<input type="checkbox"/> 1日の最高体温が40.1℃以上が2日以上	(治療後 日目～ 日目)
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下剤を時々使用する	<input type="checkbox"/> 下剤、浣腸を定期的に使用する	<input type="checkbox"/> 薬を使用しても便が出ない	(治療後 日目～ 日目)
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療前と比べて、1日に1～3回多い	<input type="checkbox"/> 治療前と比べて、1日に4～6回多い	<input type="checkbox"/> 治療前と比べて、1日に7回以上多い	(治療後 日目～ 日目)
しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度のしびれ	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度のむくみ	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の不安	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の痛み	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
爪障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 爪が変色・変形	<input type="checkbox"/> 爪が剥離・脱落	—	(治療後 日目～ 日目)
爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 爪周囲の変化	<input type="checkbox"/> 爪周囲の変化に対する治療が必要	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みはない皮膚の変化(手・足の裏の赤み、硬い)	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う(水疱、亀裂、出血、腫れ)	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
皮膚の痒み・皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痒みや、にきびのような発疹がある	<input type="checkbox"/> 痛みやかゆみを伴い社会・精神的に影響がある	<input type="checkbox"/> 痛みやかゆみを伴い、身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)
視覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状はあるが治療を必要としない	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない	(治療後 日目～ 日目)