

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			記載者名	
生年月日	性別			

上記の患者さん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。

次回注射抗がん薬投与予定日: _____ / _____

治療レジメン・抗がん薬の種類および投与量は、患者さんに配布しているお薬手帳シールをご確認ください。

有害事象評価(投与当日の記録より)

--

今後、起こりうる副作用症状一覧(特に注意してほしい副作用に✓を付けています)

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		

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。

～～引き継ぎ事項～～

--