

報告日： 年 月 日

JA尾道総合病院 抗がん薬副作用チェックシート

※本チェックシートは広島県版トレーシングレポートと一緒に添付してFAXしてください。

患者ID：

患者氏名：

薬局名： 薬局

担当薬剤師：

レジメン名：

●報告内容（報告する項目にチェック）

☐ 対応方法	☐ 来局時聴取	☐ テレフォンフォローアップ	☐ その他（ ）
☐ 対応日時	☐ 対応日時	月 日 時頃	
☐ 体重	現在の体重 kg		
☐ 体重の増減	☐ 急激な増加あり※1 （ ） ☐ 特になし		
☐ 血圧	（ / ） mmHg		
☐ 服薬アドヒアランス	☐ 概ね良好 ☐ 残薬調節頻回 ☐ 問題あり（ ）		
☐ 薬の管理者	☐ 患者自身 ☐ 家族及び介助者		
☐ 管理方法	☐ 通常 ☐ 一包化 ☐ 服薬カレンダー ☐ その他（ ）		
☐ セルフモニタリング	☐ 抗がん薬日記※2 ☐ 痛みの日記帳 ☐ その他（ ） ☐ なし		
☐ 下痢	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 便秘	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 悪心	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 嘔吐	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 食欲不振	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 口腔粘膜炎	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 倦怠感	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 発疹	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 発熱	☐ あり（体温: ） ☐ なし		
☐ 手足症候群	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 末梢神経障害	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 浮腫	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 呼吸苦	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ 空咳	☐ あり（Grade: ） ☐ なし		
☐ その他			

※1（例）3日間で2Kg以上、1ヶ月で5Kg増など

※2 メーカー提供のダイアリー