

SOX療法用トレーニングレポート

報告日 年 月 日

当院からの情報提供書に対する返信 その他

【注意】このFAXによる情報提供は**疑義照会ではありません。**

埼玉石心会病院 薬剤部 FAX番号：04-2003-8816

*太枠内をご記入下さい。

埼玉石心会病院

担当医 科 先生 御机下

この情報提供を行うことに対して患者または代諾者の同意を得ております。

患者、代諾者の同意は得ておりませんが、治療上必要性があるため報告します。

聞き取り日： 年 月 日 聞き取り方 来局時 電話 その他 ()

【患者】

来局日：

氏名：

生年月日：

性別：

【情報提供元保険薬局】

名称：

電話番号：

FAX：

保険薬剤師氏名：

㊞

【SOX療法で起こりやすい副作用】

悪心・嘔吐、食欲不振、下痢、便秘、味覚異常、口内炎、末梢神経障害、流涙、色素沈着など

・S-1は服用できているか

服用できている 服用できていない (回)

服用できていない理由

・支持療法は正しく使用できているか

服用状況 用法通り服用できた 服用していない

服用できていない理由

・悪心：点滴した日から本日までムカムカして吐きたいような気分になることはありましたか？

なかった

少しあった (いつ： どんな時：何回くらい： 回)

今は治まったが辛かった (いつ： どんな時：何回くらい： 回)

本日も吐きたい気分 (どんな時： 食事がとれない 水分が摂れない 食事・水分は摂れる)

・嘔吐：点滴した日から本日まで吐いてしまうことはありましたか？

なかった

少しあった (いつ： どんな時：何回くらい： 回)

今は治まったが辛かった (いつ： どんな時：何回くらい： 回)

本日も吐いた (どんな時： 食事がとれない 水分が摂れない 食事・水分は摂れる)

