

mFOLFIRINOX療法用トレーシングレポート

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：

㊞

【mFOLFIRINOX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、色素沈着など

・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)

・食欲不振

いつもと変わらない

食事は変わらないが、何となく食欲は落ちた

食事摂取量 低下 (いつから： ひとつも比べて何%：)

食事摂取量 増加 (いつから： ひとつも比べて何%：)

・下痢 泥状便や水様便はありましたか？

なかった

あった (いつ： 1日何回： 回 便の形：)

今も下痢が続いている (朝から何回： 回 便の形：)

下痢をしていたら下記聴取

同居人に下痢をしている人がいる いる いない

下剤を服用している 最終服用： 月 日 朝昼夕寝の前

昨日、生ものなど変わった食べ物を食べた はい いいえ

強い腹痛がある はい いいえ

普段の排便状況

眩暈や頭痛が続いている

1日以上水分がほとんど摂れていない

・便秘 排便がない日が続いたり、硬い便がでていましたか？

なかった

あった (いつ： 1日何回： 回 便の形：)

今も便秘が続いている (服用している下剤名： 1回 錠(Cap) 1日 回)

・味覚異常 なかった あった (どんな状態：)

・口内炎 なかった あった (場所： 疼痛の有無：あり なし)

・末梢神経障害

なかった

点滴後一週間程度あった (寒冷刺激で増強)

生活に支障のない持続する症状 (範囲：)

生活に影響する強い症状 (範囲： 疼痛の有無：あり なし)

・色素沈着

なかった

あった・今も症状あり (範囲：)

・その他の症状

1	コロコロ便		硬くてコロコロの塊糞状の便
2	硬い便		ソーセージ状であるが硬い便
3	やや硬い便		表面にひび割れのあるソーセージ状の便
4	普通便		表面がなめらかで柔らかいソーセージ状、あるいは蛇のようなどくるを巻く便
5	やや軟らかい便		はっきりとしたしわのある柔らかい半分固形の便
6	泥状便		境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の薄片便 泥状の便
7	水様便		水様で、固形物を含まない液体状の便

・薬学的介入事項