

FEC100施行後、電話での確認事項(治療3～7日目が目安)

初回に加え、有害事象が見られた場合等にも使用

【()クール目】

病院 I D	患者氏名	生年月日
	様	年 月 日
電話連絡日時	月 日 (day)	承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

来局日
月 日

下線の症状を確認した場合、
すぐに病院へ電話

アプレピタント、DEXの服用状況	
<input type="checkbox"/> 良好	詳細
<input type="checkbox"/> 不良	
副作用	詳細
悪心、嘔吐 <input type="checkbox"/> 1、変化なし、摂取量も変わらない	
味覚障害 <input type="checkbox"/> 2、あり、食事量変化なし	
食欲不振 <input type="checkbox"/> 3、あり、経口摂取量の低下	
<input type="checkbox"/> 4、あり、食事が全くとれない	
ありの場合チェック <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 悪心	
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 味覚障害	
口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、軽度で経口摂取に支障なし	
<input type="checkbox"/> 3、高度で経口摂取に支障あり	
下痢 <input type="checkbox"/> 1、排便回数の増加なし	
<input type="checkbox"/> 2、1日3回以下の排便増加	
<input type="checkbox"/> 3、1日4～6回の排便増加	
<input type="checkbox"/> 4、1日7回以上の排便増加	
⇒水分摂取できない場合すぐに連絡	
便秘 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり、下剤の服用で改善	
<input type="checkbox"/> 3、下剤を使用しても改善しない	
出血性膀胱炎 <input type="checkbox"/> 1、血尿や排尿痛なし	
<input type="checkbox"/> 2、血尿や排尿痛あり	
* エピルビシンによる尿の着色との違いに注意	
倦怠感 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり、日常生活に支障なし	
<input type="checkbox"/> 3、あり、日常生活に支障あり	
* 2回目以降のみ	
心毒性 <input type="checkbox"/> 1、なし	
<input type="checkbox"/> 2、あり	
<input type="checkbox"/> FN時の対応について確認しました	
* 37.5℃以上の発熱の際、病院に連絡をし指示を仰ぐ。感染予防の為にうがい、手洗い、歯磨き等しっかりと行うよう指導。	
その他 伝達事項 (上記以外の有害 事象等について)	
担当薬剤師	薬局名
	TEL
	FAX