

ddEC施行後、電話での確認事項(治療4～6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 <input type="checkbox"/> 不良	詳細

ジーラスタの副作用	
<input type="checkbox"/> 発熱()°C <input type="checkbox"/> 関節痛 等	<input type="checkbox"/> 解熱鎮痛薬の使用について
<input type="checkbox"/> FNのタイミングではない熱であることの確認	

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2、あり	

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