

DTX単独療法施行後、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 ☐ あり ☐ 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

DEXの服用状況			
☐ 良好	詳細		
☐ 不良			
副作用			
悪心、嘔吐	詳細		
味覚障害			
食欲不振			
☐ 1、変化なし、摂取量も変わらない			
☐ 2、あり、食事量変化なし			
☐ 3、あり、経口摂取量の低下			
☐ 4、あり、食事が全くとれない			
ありの場合チェック ☐ 食欲不振 ☐ 悪心			
☐ 嘔吐 ☐ 味覚障害			
☐ 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。			
口腔粘膜炎症	詳細		
☐ 1、なし			
☐ 2、軽度で経口摂取に支障なし			
☐ 3、高度で経口摂取に支障あり			
☐ 嗽が来ているか確認			
下痢			
☐ 1、排便回数の増加なし	詳細		
☐ 2、1日3回以下の排便増加			
☐ 3、1日4～6回の排便増加			
☐ 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	詳細		
☐ 1、なし			
☐ 2、あり、下剤の服用で改善			
☐ 3、下剤を使用しても改善しない			
皮膚症状			
爪の変化			
☐ 手足症候群の予防(保湿剤の使用)について確認	詳細		
☐ 爪の保護について確認しました			
筋肉痛	詳細		
関節痛			
☐ 1、なし			
☐ 2、あり(痛み止めの服用なし)			
倦怠感			
☐ 1、なし	詳細		
☐ 2、あり、日常生活に支障なし			
☐ 3、あり、日常生活に支障あり			
末梢神経障害	詳細		
☐ 1、なし			
☐ 2、あり			
* 2回目以降のみ			
浮腫	詳細		
☐ 1、なし			
☐ 2、あり			
その他 伝達事項			
担当薬剤師	薬局名	TEL	FAX

--	--	--	--