

Per / Tr / DOC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 ☐ 不良	詳細
ジーラスタの副作用	
☐ 発熱()℃ ☐ 関節痛 等 ☐ FNのタイミングではない熱であることの確認	☐ 解熱鎮痛薬の使用について
副作用	
悪心、嘔吐 ☐ 1、変化なし、摂取量も変わらない 味覚障害 ☐ 2、あり、食事量変化なし 食欲不振 ☐ 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	詳細
☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 1、変化なし 爪の変化 ☐ 2、変化あり ☐ 手足症候群の予防(保湿剤の使用)について確認 ☐ 爪の保護について確認しました	
筋肉痛 ☐ 1、なし 関節痛 ☐ 2、あり(痛み止めの服用なし)	
倦怠感 ☐ 1、なし ☐ 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 ☐ 1、なし ☐ 2、あり	
* 2回目以降のみ	
浮腫 ☐ 1、なし ☐ 2、あり	
その他 伝達事項	

担当薬剤師	薬局名	TEL	FAX