

PAC+BV療法施行後、電話での確認事項（治療3～5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

副作用	詳細		
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			
☐ 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			
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 ☐ 支持療法薬剤の使用の状況 ※プレガバリンなどの効果、副作			
その他 伝達事項			
担当薬剤師	薬局名	TEL	FAX