

S-1 / カペシタビン：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から7日目頃

報告日： 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【副作用確認】 ※該当する症状に○を記載してください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

悪心		食事/飲水ができない		1日8回の下痢
間質性肺炎		発熱	下痢	腹痛を伴う下痢
		空咳		血便・黒色便
		息切れ（労作時）		激しい嘔吐
手足症候群		水泡の形成がある		水分摂取不可
		皮膚の亀裂が起きている	口内炎	激しい倦怠感
		痛みで歩行困難		びまん性の症状がある
		痛みで手が使えない		食事ができない
倦怠感		日常生活を過ごせない	流涙	日常生活に支障がある

上記の症状を確認した場合、

「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」

その上でFAX 対応をお願い致します。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

ステロイド軟膏、保湿剤、ロペラミド、目くすり等の使用方法、使用状況など

【特記事項】

◆保湿剤の使用状況（良好・不十分）

◆ステロイド外用剤の使用状況（良好・不良・未使用）： Grade____

◆うがいの実施状況（良好・不良） □食塩水 □ハチアズレ

◆食事摂取状況について

□通常通り □少し減っている □半分以下に減っている： Grade____

◆流涙対策を実施状況

□洗眼している □未対応 □洗眼方法への理解不足

