

副作用チェックシート

西暦 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ 説明者： \_\_\_\_\_ ( 薬剤師 )

【レジメン名】

【コース】

【薬剤・投与量】

内服：

注射： mg ( % )、 : mg ( % )

この文書を他の医療機関又は保険薬局に提示してください。

【副作用症状】

●非血液毒性

食欲不振 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

悪心 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

便秘 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

下痢 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

口腔粘膜炎 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

その他 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

副作用症状への対応状況 ( )

症状の経過 改善、不変、悪化 ( )

●血液毒性

AST 増加 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

ALT 増加 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

血中ビリルビン増加 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

白血球減少 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

好中球数減少 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

血小板数減少 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

貧血 あり なし Grade\_\_\_\_ ( )

その他 ( )

その他特記事項

[ ]