

患者様の記入欄（症状について）

記入日：2020 年 月 日 お名前：

患者さん自身で記入します

前回来院から本日までの体調についてお聞きます。

次のような症状はありましたか？該当する ☐ に✓を入れてください。

|                |                              |                             |                                |                                  |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 37.5℃以上の発熱     | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 息苦しさ、咳が出る      | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 体のだるさ、食欲の低下    | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 吐き気、嘔吐         | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 下痢、お腹の痛み       | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 便秘、お腹のはり       | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 皮膚の荒れ、かゆみ      | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 手足に力が入らない、筋肉痛  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 手足のしびれ、感覚が鈍くなる | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| 口内炎、口の中や周囲が痛い  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| むくみ、尿が少ない      | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |
| のどのかわき、水を多く飲む  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> よくなった | <input type="checkbox"/> 今も続いている |

その他の症状、気になることがあれば、お書きください。

治療内容

当院で、レジメン名、投与量などが記載された治療シールを添付します

処方内容に関する追記事項

内服抗がん薬：

☐ 併用なし  
☐ 併用あり（薬品名：）

特記事項：

☐ なし  
☐ あり（詳細は下記）

当院の薬剤師が直接関わった場合に押印します

薬剤師

実施状況： コース 目（ ）

治療シール 貼付欄

（治療を行った場合は貼付してください）

【保険医療機関または保険薬局の皆様へ】

レジメンのスケジュール等は、当院がんセンターのホームページでご確認ください。

レジメンの照会等に関する問い合わせ先：化学療法管理室 担当薬剤師

岩手医科大学附属病院 TEL(代表)：019-613-7111（内線：3267） FAX(薬剤部)：019-907-2721