

様		SOX療法																				
		()コース目																				
		Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム		日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
副作用	自覚所見																					
	吐き気や嘔吐																					
	食欲不振																					
	口内炎																					
	下痢																					
手、足	便秘																					
	しびれ																					
	感覚異常																					
	色素沈着																					
	流涙																					
	特に注意する副作用																					
	発熱 (37.5℃以上)																					
間質性肺炎	咳 (空咳)																					
	息切れ																					

※『副作用』は発現頻度順に記載。『特に注意する副作用』はその限りではありません。

電話予約時間	月 日 時 分 ~ 時 分
電話対応時間	月 日 時 分 ~ 時 分
対応者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回 その他:)
吐き気・食欲不振	嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → <input type="checkbox"/> 水分、食事摂取困難
	吐き気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → <input type="checkbox"/> 水分、食事摂取困難
	食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → 食事摂取量 %
	指導内容: ()
口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → <input type="checkbox"/> 食事摂取困難
	指導内容: ()
排便状況	頻度 回/日 普段の回数 回/日 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
	指導内容: ()
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり
	指導内容: ()
その他の身体症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 空咳
	指導内容: ()
備考欄	

*副作用発現開始時期

薬局 店

電話番号

FAX

対応薬剤師