

様		S-1+CPT-11+Bevacizumab (SIRB) 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																					
	下痢																					
	便秘																					
	口内炎																					
消化器症状	食欲不振																					
	赤い・腫れ																					
	ひび割れ・水疱																					
	痛み																					
	色素沈着																					
手、足	感覚異常																					
	しびれ																					
	流涙																					
	Bevacizumab	高血圧																				
	鼻血																					
特に注意する副作用																						
発熱 (37.5°C以上)																						
間質性肺炎	咳 (空咳)																					
	息切れ																					
血栓塞栓症	むくみ																					
	めまい、ふらふら感																					
	締めつけられるような痛み(胸、背中)																					
消化管穿孔	経験したことがない強い腹痛																					

※『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:	()					
排便状況	頻度	回/日	普通の回数	回/日			
	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘						
指導内容:	()						
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:	()					
手足症候群(手・足裏)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (/)* → <input type="checkbox"/> 紅潮、多少の違和感 <input type="checkbox"/> 疼痛を伴う、日常生活に支障あり						
	指導内容:	()					
血圧	/						
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

F A X

対応薬剤師