

内服薬化学療法トレーシングレポート

★症状聞き取り対象：本人・家族・その他（ ） ★薬剤管理：本人・家族・その他（ ） ★就労：なし・あり（わかる範囲で）（ ）

ID： 名前： 内服薬： エスワン・カペシタビン・ユーエフティ+ユーゼル・ロンサーフ

1回： mg 1日： 回 日間服用 日間休薬 処方日： 保険薬局症状確認日：

体重変動（薬剤開始前と比べて）：増加・変化なし・減少

保険薬局名：
薬剤師：

症状	投薬時	確認時の症状		
		評価 Grade	(症状あれば) いつから？	対応・指導
悪心	あり/なし			
食欲不振	あり/なし			
口内炎	あり/なし			
排便 (下痢/便秘)	__日に__回			
手足症候群 (手足の荒れ)	あり/なし			
味覚障害	あり/なし			
倦怠感	あり/なし			
流涙	あり/なし			

特記事項