

# 内服薬化学療法トレーニングレポート

★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： タグリッソ・ジオトリフ・タルセバ・ゲフィチニブ  
 1回：    mg    1日：    回    連日    ・    その他（                      ）    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：

特記事項

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
ざ瘡様皮疹	あり/なし			
皮膚乾燥 かゆみ	あり/なし			
肺炎症状 (発熱・咳・息切れ)	あり/なし			
排便 (下痢/便秘)	___日に___回			
爪囲炎	あり/なし			