

タルセバ、イレッサ、ジオトリフ

服薬状況と副作用確認のためのアンケート

くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。

可能な範囲でご記入をお願いします。

病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

記載日： 年 月 日

お名前 _____

記入者 ① ご本人 ② その他（お名前：関係） _____

1. 下記の症状にあてはまる数字に○をつけてください。

		どんな症状がありましたか	発症した日
口内炎	1	口の中の違和感または痛	
	2	痛みがあり食事が食べに	
	3	痛くて食事が全く取れな	
下痢	1	治療前に比べて2~3回増	
	2	治療前に比べて4~6回増	
	3	治療前に比べて7回以上増	

皮膚障害の詳細については、面談を行いながら、別紙チェック表「EGFR 阻害薬皮膚障害確認表」を用いて詳細を確認してください。

皮膚の変化について教えてください。

- ニキビ様症状 なし ある (場所:)
- 皮膚の乾燥 なし ある (場所:)
- かゆみ なし ある (場所:)
- 爪の周りの変化 なし ある (場所:)

} 保湿剤（市販品可）の使用状況確認

痛みがある 痛みがあって生活で困ることがある

●間質性肺炎についての確認

- 痰を伴わない咳がでる 動いた時の息切れがある
- 熱がある 胸が苦しい時がある

薬の残りはありますか？ 残った理由があれば教えてください。

残数： _____ 錠 理由： _____

2. 今回体重の変化はありましたか？

- ① 変化なし ② 変化あり (_____ kg → _____ kg) ③ わからない

3. その他に日常で困っていることやご質問などがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。薬剤師が確認いたします。ご提出の上お待ちください。