

ゼローダ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。

お名前

記入者 ① ご本人

1. 下記の症状にあてはまる数字に○を

		どんな症状	
倦怠感	1	か	数字はCTCAEv4.0有害事象共通用語基準に該当しています。 数字が大きくなるほど重症です。 Gradeによって以下のように対応をお願いします。 1: Grade1 指導と様子観察 2: Grade2 支持療法あり⇒適切な使用を指導。 3: Grade3 処方医または病院薬剤師へ電話連絡
	2	うごくのがおっ	
吐き気	1	1回吐いた	支持療法なし⇒処方医または病院薬剤師へ電話連絡
	2	数時間ごとに吐いた	
	3	1日6回以上吐いた	
食事	1	むかつきがあったが、食べることができた	3: Grade3 処方医または病院薬剤師へ電話連絡
	2	食べる量がすごく減った(半分程度)	
	3	水も飲めない、全く食べられない	
下痢	1	治療前に比べて2~3回増えた	
	2	治療前に比べて4~6回増えた	
	3	治療前に比べて7回以上増えた	
口内炎	1	口の中の違和感または痛みが少しある	
	2	痛みがあり食事が食べにくい	
	3	痛くて食事が全くとれない	
手足の症状	1	赤みがあり、腫れているが痛みはない	
	2	赤みや腫れ、水膨れ、皮がむけるなどの症状があり	
	3	上記の症状や痛みが強	

残薬がはっきりしている場合は、疑義紹介にて内服状況報告、残薬調整をお願いします。

2. ゼローダの残りはありますか？

錠数: 錠 理由:

3. 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

4. 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。

大幅な体重減少がある場合や、検査値が不明な場合、または患者の情報提供の拒否などがあれば、病院薬剤師へ問い合わせください。

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。