

診療科	科	先生 御机下
-----	---	--------

下記の通り報告します

患者ID：	保険薬局
患者氏名：	所在地
生年月日：	電話番号
レジメン：	薬剤師名

聴取日	西暦	年	月	日	午前・午後	時	分	頃
対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他					
聞き取り時	<input type="checkbox"/> 来局時	<input type="checkbox"/> 電話（医療機関→患者）			<input type="checkbox"/> 電話（患者→医療機関）			

報告内容

- コンプライアンスの問題
- 副作用（関連項目にチェックをしてCTCAEver5.0のGradeに準じて記載してください）
 - 末梢神経障害 (Grade)
 - 手足症候群 (Grade)
 - 神経障害(感覚性) (Grade)
 - 神経障害(運動性) (Grade)
 - 食欲不振 (Grade)
 - 悪心 (Grade)
 - 下痢 (Grade)
 - 口内炎 (Grade)
 - 疲労 (Grade)
 - 便秘 (Grade)
 - 嘔吐 (Grade)
 - その他 (Grade)

【具体的な指導内容】

