

新潟労災病院 薬剤部宛

電話 025-543-3123

**FAX 025-545-4065**

薬局名・住所・電話・FAX

担当薬剤師氏名 \_\_\_\_\_

ロンサーフ配合錠		受診日	年	月	日
患者 ID		診療科			
患者氏名		医師名			
服薬指導対象者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				

<服薬開始時>

服用方法 (抗がん剤・支持薬など)	<input type="checkbox"/> 説明済
副作用 (嘔気・嘔吐 下痢 末梢神経障害 血球減少 間質性肺炎など) の初期症状や対応について	<input type="checkbox"/> 説明済
その他特記事項	

<前回受診日からの症状について>

服薬状況	<input type="checkbox"/> 残薬なし <input type="checkbox"/> 残薬あり			
嘔気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
間質性肺炎 (咳・息苦しさ・発熱などの症状)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
その他特記事項				

《アセスメント結果》

- 継続可能  
 下記の検討が必要

--