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

該当療法を〇で囲んでください。

SOX療法　＋ベバシズマブ			受診日　　年　月　日
患者ID 患者氏名		診療科 医師名	
服薬指導対象者	☐ ご本人　☐ ご家族　☐ その他（　　　）		
服薬アドヒアランス	☐ 良好　☐ 不良		

副作用：嘔気・嘔吐　下痢　口内炎　食欲不振　味覚障害　色素沈着　血球減少発疹　流涙
末梢神経障害　高血圧　鼻出血など

＜治療開始時（該当する薬がある場合）＞　　＊患者によって変更になる場合があります。

服用方法（デキサメタゾン錠など）	☐ 説明済
その他特記事項	

＜前回受診日からの症状について＞

嘔気	☐ なし　☐ あり	口内炎	☐ なし　☐ あり
嘔吐	☐ なし　☐ あり	下痢	☐ なし　☐ あり
味覚障害	☐ なし　☐ あり	色素沈着	☐ なし　☐ あり
発疹	☐ なし　☐ あり	流涙	☐ なし　☐ あり
末梢神経障害	☐ なし　☐ あり	→ありの場合、該当項目にチェック	☐ 痛みを伴う ☐ 日常生活に支障あり
高血圧（ベバシズマブ）	☐ なし　☐ あり	鼻出血（ベバシズマブ）	☐ なし　☐ 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

新潟労災病院　薬剤部