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。

LV/5-FU 療法			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　血球減少　色素沈着など

＜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（支持薬など）	□ 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
色素沈着	□ なし　□ あり		□ 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