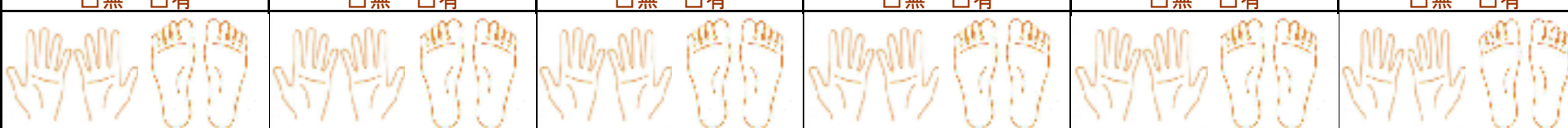







初回面談							
Capecitabine(300mg) _____ Cap分2 朝・夕 食後		コース目	コース目	コース目	コース目	コース目	
		／ 夕～	／ 夕～	／ 夕～	／ 夕～	／ 夕～	
		／ 朝内服分	／ 朝内服分	／ 朝内服分	／ 朝内服分	／ 朝内服分	
<1.36㎡未満 :2400mg / day	残値薬の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (錠)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (錠)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (錠)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (錠)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (錠)	
1.36㎡-1.66㎡ : 3000mg / day	血圧	/	/	/	/	/	
1.66㎡-1.96㎡ : 3600mg / day	(治療前より10mmHg以上で注意)	に減量	に減量	に減量	に減量	に減量	
1.96㎡以上 : 4200mg / day							
初回確認事項		臨床検査値					
<input type="checkbox"/> 服用ハンドブックを渡す	ヘモグロビン(g/dL)						
<input type="checkbox"/> FU系の服用歴がない	血小板 (×10 ⁴)						
<input type="checkbox"/> 腎機能の確認	白血球 (×10 ³)						
<input type="checkbox"/> 肝機能の確認	GOT/GPT	/	/	/	/	/	
<input type="checkbox"/> 心臓病の有無	T-Bil(mg/dL)						
<input type="checkbox"/> 患者の皮膚状態の確認	血清Cr(mg/dL)						
<input type="checkbox"/> 血圧計持参の確認							
<input type="checkbox"/> 血圧が安定している	CRP						
<input type="checkbox"/> 手術後1ヶ月以上経過している							
<input type="checkbox"/> 副作用についての指導	共通有害事象						
<input type="checkbox"/> 現在内服中の薬剤について確認	嘔吐	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
2回目確認事項	吐き気	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
	下痢 (治療前回)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
<input type="checkbox"/> コンプライアンス状況の確認	食欲不振	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
<input type="checkbox"/> 血圧測定の確認	口内炎	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
	脱毛	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	
	便秘	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
	だるさ	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
	味覚変化	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	(0/1/2)	
	しびれ	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	(0/1/2/3/4)	
	頭痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	皮膚の症状						
	痛み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	腫れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	発疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
かゆみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
脱毛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
							
日常生活への影響	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
内服薬	内服薬	内服薬	内服薬	内服薬	内服薬	内服薬	
次回診察日	/	/	/	/	/	/	
サイン							