

外来化学療法 有害事象モニタリングシート（特定薬剤管理指導加算2）

保険薬局名：

薬局

TEL：

確認日：

20

年

月

日

患者氏名		大和市立病院 患者 ID	
レジメン名		担当薬剤師名	
確認 対象者	本人・その他（ ）	モニタリング報告	患者の同意：有・無・未確認
有害事象対策の必要性（ 有 ・ 無 ）			

有害事象	Grade				有害事象	Grade				有害事象	Grade			
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4
1.食欲不振	☐	☐	☐	☐	7.便秘	☐	☐	☐	☐	13.疼痛	☐	☐	☐	☐
2.悪心	☐	☐	☐	☐	8.アレルギー反応 過敏症	☐	☐	☐	☐	14.四肢浮腫	☐	☐	☐	☐
3.嘔吐	☐	☐	☐	☐	9.かゆみ	☐	☐	☐	☐	15.疲労感	☐	☐	☐	☐
4.口腔粘膜炎	☐	☐	☐	☐	10.ざ瘡様皮疹	☐	☐	☐	☐	16.不安	☐	☐	☐	☐
5.味覚異常	☐	☐	☐	☐	11.手足症候群	☐	☐	☐	☐	他.（ ）	☐	☐	☐	☐
6.下痢	☐	☐	☐	☐	12.しびれ	☐	☐	☐	☐	他.（ ）	☐	☐	☐	☐

※対策が必要な有害事象の詳細は通信欄に記載

※ 通信欄【 保険薬局薬剤師（ 氏名 ）⇒ 病院薬剤師 】