

【ACモニタリングシート】

患者ID： _____ 患者氏名： _____

副作用を含め、至急の対応が必要と思われる場合疑義照会をお願いします

ゼローダ		いいえの場合はこちらの項目にもご記入下さい	
受診日 年 月 日		□ご本人 □ご家族	
チェック項目			
コンプライアンス	コンプライアンスよく服用できている	□はい □いいえ	*可能な限り詳細な連絡をお願いします(その他に記載)
休薬期間の確認	休薬期間がとれている	□はい □いいえ	*薬剤部に至急連絡をお願いします
フッ化ピリミジン系薬剤の服用	フッ化ピリミジン系薬剤を服用していません	□いいえ	*当院以外の左記処方の詳細を教えてください(その他に記載)
ワーファリン	ワーファリンを服用していません	□いいえ	
フェニトイン	フェニトインを服用していません	□いいえ	
下痢	下痢は無かった	□はい □いいえ	1日4回以上の下痢をした □はい □いいえ
口内炎	口の中に痛みは無くいつも通り食事が取れている	□はい □いいえ	口の中に痛みがありいつもの食事が取れない □はい □いいえ
悪心	体重に変わりなくいつも通り食事が取れている	□はい □いいえ	食事の量が減っている □はい □いいえ
嘔吐	吐いた日は無かった	□はい □いいえ	1日3回以上吐いた日があった □はい □いいえ
手足症候群	手のひらや足裏の痛みや腫れは無かった	□はい □いいえ	皮膚乾燥、赤み・腫れ、ひびなどあり、痛い □はい □いいえ
その他			

記入日 _____ 調剤薬局名 _____ 薬剤師名 _____