

【EC】 テレフォンフォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ()				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	吐き気あるが 今まで通り食べられる	吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (揃便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (発現時期:) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (心理的影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	: <input type="checkbox"/> 緊急性あり
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (症状:		

Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)
 ※テレフォンフォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

【AC】テレフォントラッキングシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ()				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (排便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (発現時期:) :	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (心理的影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れ	: <input type="checkbox"/> 緊急性あり
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (症状:)	

Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)
 ※テレフォントラッキングシートをトレーシングレポートに添付してください。
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

【ドセタキセル】テレフォントラッキングアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回) <input type="checkbox"/> 不明 ()				

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> 吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 1-2回/日	<input type="checkbox"/> Grade 2 3-4回/日	<input type="checkbox"/> Grade 3 6回以上/日	発現時期・その他
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 食欲はないが 今まで通り食べられる	<input type="checkbox"/> Grade 2 食量は減ったが 体重変化はない	<input type="checkbox"/> Grade 3 食べられない 体重減少あり	発現時期・その他
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度のだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 2 家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	<input type="checkbox"/> Grade 3 食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	発現時期・その他
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 不定期または間欠的 (緩下剤の服用)	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない便秘 (排便を要する)	発現時期・その他
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> Grade 2 ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> Grade 3 ベースライン+7回以上	発現時期・その他
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 2 食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	<input type="checkbox"/> Grade 3 経口摂取に支障のある 重度の疼痛	発現時期・その他
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> Grade 1 軽度の症状	<input type="checkbox"/> Grade 2 ADLを制限する 中等度の症状	<input type="checkbox"/> Grade 3 ADLができない 高度の症状	発現時期・その他

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発現時期:) : <input type="checkbox"/> 緊急性あり <input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用				
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (心理的影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (体重増加 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: kg増)				
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ : <input type="checkbox"/> 緊急性あり				
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)				

Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)
 ※テレフォントラッキングアップシートをトレーシングレポートに添付してください。
 ※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。

【CapOX】テレフォンプォローアップシート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	コース数：	コース目
電話対応日時	(●電話予約時間 月 日 時) ※投与1週間前後を目安にお願いします。				
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
カペシタピンのアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)		<input type="checkbox"/> 不明 ()		
支持療法のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回)		<input type="checkbox"/> 不明 ()		

		<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	発現時期・その他
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	ADLを制限する 中等度の症状	ADLができない 高度の症状	
吐き気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気あるが 今まで通り食べられる	吐き気あり 食事摂取量は減ったが 体重変化はない	吐き気あり 食事摂取ができない 水分摂取ができない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1-2回/日	<input type="checkbox"/> 3-4回/日	<input type="checkbox"/> 6回以上/日	
食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食欲はないが 今まで通り食べられる	食事は減ったが 体重変化はない	食べられない 体重減少あり	
		食事摂取量減 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 食事摂取量 % (治療開始前と比較)			
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度のだるさ	家事、買物などの労作的なADLを 制限するだるさ	食事、入浴などの基本的な ADLを制限するだるさ	
便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不定期または間欠的 (緩下剤の屯用)	ADLを制限する便秘 (緩下剤定期服用を要する)	ADLができない便秘 (排便を要する)	
下痢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ベースライン+4回未満	<input type="checkbox"/> ベースライン+4~6回	<input type="checkbox"/> ベースライン+7回以上	
		下痢症状 (回数: 回/日) 便の性状 (軟便・泥状・水様)			
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	食事内容の変更を要する 中等度の疼痛	経口摂取に支障のある 重度の疼痛	

発熱 (37.5度以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発現時期:) : <input type="checkbox"/> 緊急性あり <input type="checkbox"/> 抗菌薬の使用				
皮膚症状・爪変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (心理的影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
味覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食事摂取への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> 緊急性あり				
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)				

<p>Grade3 (患者に病院連絡を勧告) , Grade2 (トレーシングレポート)</p> <p>※テレフォンプォローアップシートをトレーシングレポートに添付してください。</p> <p>※緊急性がある場合は直接医師連絡、または受診勧告をしてください。</p>
--