

【カルテ】

		第1クール開始前	第2クール開始前
		病院/連携医療機関	病院/連携医療機関
受診	受診予定月	年 月	年 月
	受診日	年 月 日	年 月 日
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
医師記入	血液データ参照値	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血
	WBC (3000/mm ³ 以上)	○	○
	好中球 (1500/mm ³ 以上)		
	Hb (9.0g/dl以上)		
	血小板 (10万/mm ³ 以上)		
	生化	○	○
	T-Bil (1.5mg/dL未満)		
	AST・ALT (100IU/L未満)		
	Cr (1.5mg/dL未満)		
	腫瘍マーカー	○	(○)
CEA・CA19-9			
内服	ゼローダ投与量 (mg/日)		
	服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所見ある時記入	診察所見		
	Performance Status (PS)		
	食欲不振		
	悪心・嘔吐		
	下痢		
	<input type="checkbox"/> 内炎		
	倦怠感		
手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)			
その他	*注意事項：ゼローダは2週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。		
患者記入	医師サイン		
	体重	Kg	Kg
	腹痛		
	食欲不振が続く		
	吐気		
	嘔吐		
	下痢 (性状)		
	<input type="checkbox"/> 内炎 (部位)		
	身体がだるい		
	手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)		
その他			
備考			

		第5クール開始前	第6クール開始前	
		病院/連携医療機関	病院/連携医療機関	
医師記入	受診	受診予定月 年 月	年 月	
		受診日 年 月 日	年 月 日	
	目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
		がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
		予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	血液検査	血液データ参照値 WBC (3000/mm ³ 以上) 好中球 (1500/mm ³ 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm ³ 以上)	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
		生化 T-Bil (1.5mg/dL未満) AST・ALT (100IU/L未満) Cr (1.5mg/dL未満)	○	○
		腫瘍マーカー CEA・CA19-9	○	(○)
		内服	ゼロータ投与量 (mg/日)	
			服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所見ある時記入	診察所見	Performance Status (PS)		
		食欲不振		
		悪心・嘔吐		
		下痢		
		<input type="checkbox"/> 内炎		
		倦怠感		
		手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)		
患者記入	その他	*注意事項：ゼロータは2週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。		
	自分の状態	医師サイン		
		体重	Kg	Kg
		腹痛		
		食欲不振が続く		
		吐気		
		嘔吐		
		下痢 (性状)		
		<input type="checkbox"/> 内炎 (部位)		
	身体がだるい			
手足症候群 (手、足の発疹・膿腫・水疱など)				
その他				
備考				

