

# 【カルテ】

		第1クール開始前	(服薬14日目)	(服薬28日目)	
		病院/連携医療機関	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	年 月	
		受診日 年 月 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	<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	<input type="checkbox"/> はい
		予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<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 <sup>3</sup> 以上) 好中球 (1500/mm <sup>3</sup> 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm <sup>3</sup> 以上)	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<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	投与量 ユーエフティ ( mg/日) ユーゼル (75mg/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	<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					
色素沈着					
発疹					
その他	*注意事項：ユーエフティ・ユーゼルは4週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。				
患者記入	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				
	発疹				
その他					
備考					



		第3クール開始前	(服薬14日目)	(服薬28日目)	
		病院/連携医療機関	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	年 月	
		受診日 年 月 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	<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	<input type="checkbox"/> はい
		予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	血液検査	血液データ参照値	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
		WBC (3000/mm <sup>3</sup> 以上)			
		好中球 (1500/mm <sup>3</sup> 以上)			
		Hb (9.0g/dl以上)			
		血小板 (10万/mm <sup>3</sup> 以上)			
内服	生化	○	○	○	
	T-Bil (1.5mg/dL未満)				
	AST・ALT (100IU/L未満)				
	Cr (1.5mg/dL未満)				
所見ある時記入	腫瘍マーカー	○			
	CEA・CA19-9				
	投与量 ユーエフティ ( mg/日)				
	ユーゼル (75mg/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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	Performance Status (PS)				
	食欲不振				
	悪心・嘔吐				
	下痢				
	<input type="checkbox"/> 内炎				
倦怠感					
色素沈着					
発疹					
その他	<b>*注意事項：ユーエフティ・ユーゼルは4週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。</b>				
患者記入	医師サイン				
	体重	Kg	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				
	発疹				
その他					
備考					



		第5クール開始前	(服薬14日目)	(服薬28日目)	
		病院/連携医療機関	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	年 月	
		受診日 年 月 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	<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	<input type="checkbox"/> はい
		予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	血液検査	血液データ参照値	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
		WBC (3000/mm <sup>3</sup> 以上)			
		好中球 (1500/mm <sup>3</sup> 以上)			
		Hb (9.0g/dl以上)			
		血小板 (10万/mm <sup>3</sup> 以上)			
内服	生化	○	○	○	
	T-Bil (1.5mg/dL未満)				
	AST・ALT (100IU/L未満)				
	Cr (1.5mg/dL未満)				
所見ある時記入	腫瘍マーカー	○			
	CEA・CA19-9				
	投与量 ユーエフティ ( mg/日)				
	ユーゼル (75mg/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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	Performance Status (PS)				
	食欲不振				
	悪心・嘔吐				
	下痢				
	<input type="checkbox"/> 内炎				
倦怠感					
色素沈着					
発疹					
その他	<b>*注意事項：ユーエフティ・ユーゼルは4週間投与、1週間休薬が基本スケジュールです。</b>				
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				
	発疹				
その他					
備考					