

分子標的薬（ネクサバル、スチバーガ、レンビマ、 ）

症状チェックシート

ID _____ 氏名 _____ 記入者（看護師） _____
記入日 年 月 日

記載時期：治療前・治療後 2 週目（or 退院前）、1 か月後、2 か月後、3 か月後、__か月後

・血圧 / mmHg 脈拍 /min. 体重 k g

・発熱 なし・あり
解熱鎮痛剤の使用 有・無

・倦怠感 なし・あり

・消化器症状 なし・あり
下痢 なし・あり （回数： 行）
薬の使用 あり（ピオフェルミン・ロペミン）・なし
食欲低下 なし・あり
嘔気・嘔吐 なし・あり

・皮膚症状
手足の発赤 なし・あり
腫れ なし・あり
疼痛 なし・あり
かゆみ なし・あり
水泡 なし・あり
薬の使用 あり（ウレパール、ヒルドイド、 ）・なし
脱毛 なし・あり
皮疹（手足以外）なし・あり（部位： ）

・嘔声 なし・あり

病院



作成 山口大学医学部附属病院 消化器内科