







<input type="checkbox"/>	下痢	点滴した日から本日まで、下痢（泥のような、水のような便）になることはありましたか？
<input type="checkbox"/>	なかった	便の形は右図の該当数字を記入 ↓ 下痢をしていたらどんな便が訪ねましょう
<input type="checkbox"/>	少しあった (いつ: 何回: 回 便の形:)	
<input type="checkbox"/>	今は治まったが辛かった (いつ: 何回: 回 便の形:)	
<input type="checkbox"/>	本日も下痢だ (朝から何回: 回、腹痛: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、便の形:)	
<input type="checkbox"/>	下痢していたら下記聴取	
<input type="checkbox"/>	同居者に下痢をしている人がいる <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
<input type="checkbox"/>	下剤を飲んでいる 一番最後に飲んだ日: 月 日	
<input type="checkbox"/>	昨日変わったものを食べた <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/>	強いおなかの痛みがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/>	普段の便通状況 ()	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 目眩や頭痛が続いている	脱水の可能性 発熱、口内炎状況 あわせ病院へ連絡
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿の出が悪く尿色がかなり濃い	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日以上水分がほとんど摂れない	
1	コロコロ便	 硬くてコロコロの先黄緑の便
2	硬い便	 ソーセージ状であるが硬い便
3	やや硬い便	 表面にひび割れのあるソーセージ状の便
4	普通便	 表面がなめらかで柔らかいソーセージ状、あるいは乾のようなくるを巻く便
5	やや軟らかい便	 ほっそりとしたしわのある柔らかい半分固形の便
6	泥状便	 境界がぼくれて、とにかくの不定形の小片便泥状の便
7	水様便	 水様で、血形物を含まない液体状の便

プリストルスケール

<input type="checkbox"/>	血圧	点滴した日から本日まで、血圧は測定しましたか？測定した結果についてはいかがでしたか？
<input type="checkbox"/>	血圧測定しなかった	<input type="checkbox"/> 血圧を測定した（変化： <input type="checkbox"/> 高くなった（収縮期/拡張期: / ） <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 下がった
<input type="checkbox"/>	鼻血	
<input type="checkbox"/>	出なかった	<input type="checkbox"/> 出た：どんなとき、どんなふうにと等

<input type="checkbox"/>	疲労・倦怠感	点滴した日から本日まで 疲れ、だるさ、活力低下が一番ひどい時でどの程度でしたか？
<input type="checkbox"/>	なかった	少しあった (いつ: どの程度)
<input type="checkbox"/>	生活に支障はないが症状は強くあった (いつ: どの程度)	生活に影響する強い症状があった (いつ: どの程度)

<input type="checkbox"/>	手足症候群	手の平、足の裏でできる皮疹 ひび割れ、皮がむける、赤くなる、痛みなどの症状
<input type="checkbox"/>	なかった	少しあった (いつ: どの程度)
<input type="checkbox"/>	生活に支障はないが症状は強くあった (いつ: どの程度)	生活に影響する強い症状があった (いつ: どの程度)

<input type="checkbox"/>	味覚の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どんな変化)
<input type="checkbox"/>	口内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口食事に影響あり どんな影響)
<input type="checkbox"/>	顎痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ どの程度)
<input type="checkbox"/>	浮腫み	<input type="checkbox"/> 変わったことはない <input type="checkbox"/> 以前より浮腫む <input type="checkbox"/> 足の左右で色が違う <input type="checkbox"/> 足に痛みがある

そのほか、気になることはございませんか？

アドバイスしたこと、病院へ伝達したほうがよいこと など

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 法トレーニングレポート

担当医師名 _____ 先生
患者 ID _____
患者 氏名 _____
患者 生年月日 西暦 _____ 年 月 日

西暦 20 年 月 日

情報提供元保険薬局名 _____ ほんじょう薬局

連絡先電話番号 _____ 0263-39-2555

報告薬剤師名 _____

この情報を当院に伝えることに対して、患者の同意を
得ている 得ていないが治療の有益性、有害事象の重篤化回避の点から重要であるため報告いたします

レジメン名: ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

聴き取り日: 西暦 20 年 月 日 時頃 本人 家族(関係:) 電話 ()

服薬状況 正確に服用できている 飲み忘れあったが今は飲んでいる (飲み忘れ理由)

○○○○: レジメン通りの休薬中 病院に相談して中止中 (いつからどうして)

支持療法: 飲みきった 服用中 処方されたが服用していない (理由:)

ｽﾏｰ: 処方された外用薬使用し実施中 やってない (理由:)

確認した項目にチェック 有害事象がなかったというもの とても重要な情報です。

- 発熱 なし あり ()
- 末梢神経障害 なし あり ()
- 嘔吐 なし あり ()
- 悪心 なし あり ()
- 食欲不振 なし あり ()
- 下痢 なし あり ()
- 血圧変化 なし あり ()
- 鼻血 なし あり ()
- 疲労 なし あり ()
- 手足症候群 なし あり ()
- 味覚の変化 なし あり ()
- 口内炎 なし あり ()
- 顎痛 なし あり ()

その他 気になること (患者さんの訴え)

患者にお伝えしたこと

主治医、病院薬剤師への提案・相談、今後の保険薬局薬剤師としてのプラン 等