香川大学医学部附属病院　薬剤部　行

FAX：０８７－８９１－２４８４

１・２・３

①副作用が全て**無**にチェックがついている
②副作用が**有**かつ二重線に該当**しない**
③副作用が**有**かつ二重線に該当**する**

【テレフォンフォローアップ用 情報共有シート】

施設名	香川大学附属病院	確認日	年　月　日
患者様 イニシャル	(氏)　(名)	処方医	
年齢	歳代	性　別	□男性　□女性
来局日	年　月　日	次回来院日	年　月　日
レンバチニブ用量	□4mg　□8mg　□12mg　□20mg　□その他(　)		

高血圧	□有　□無	□収縮期血圧140以上　□拡張期血圧90以上
下痢	□有　□無	□1～3回/日　□4～6回/日　□7回以上/日
手足症候群	□有　□無	□日常生活に制限無し　□日常生活に制限在り
皮疹・皮膚障害	□有　□無	□体全体の30%未満　□体全体の30%以上の範囲
疲労/倦怠感	□有　□無	□休息により軽快する　□1日の半分以上起きていられない
食欲不振	□有　□無	□体重が10%以上減った　□食事量が50%以上減った
肝性脳症疑い	□普段とは違った言動 無し　□普段とは違った言動 有り	
服薬状況	休薬、減量　□有　□無	日付、量（　）
その他	(主治医に伝えたいことがあれば記載)	

調剤薬局名		氏　名	
TEL		FAX	
患者番号		患者連絡先	

備考