エスワン(TS-1)服薬状況と副作用確認のためのアンケート

くすりを安全にご使用いただくためのアンケートとなっています。 可能な範囲でご記入をお願いします。
病院からの治療の説明文書や検査値をお持ちでしたら、情報提供にご協力ください。

記載日：　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者 ① ご本人　　②その他（お名前：関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 下記の症状にあてはまる数字に〇をつけてください。

		どんな症状がありましたか	症状があった日(何日ごろなど)
倦怠感	1	からだがだるい、元気がない	
	2	うごくのがおっくうで、動きたくない	
吐き気	1	1 回吐いた	
	2	数時間ごとに吐いた	
	3	1 日 6 回以上吐いた	
食事	1	むかつきがあったが、食べることができた	
	2	食べる量がすごく減った(半分程度)	
	3	水も飲めない、全く食べられない	
下痢	1	治療前に比べて 2～3 回増えた	
	2	治療前に比べて 4～6 回増えた	
	3	治療前に比べて 7 回以上増えた	
口内炎	1	口の中の違和感または痛みが少しある	
	2	痛みがあり食事が食べにくい	
	3	痛くて食事が全くとれない	
手足の症状	1	赤みがあり、腫れているが痛みはない	
	2	赤みや腫れ、水膨れ、皮がむけるなどの症状があり、痛みがあるが生活に困ることはない	
	3	上記の症状や痛みが強く、生活で困ることがあった	

2.エスワン(TS-1)の残りはありますか？　　残った理由があれば教えてください。

残数：　　錠　　理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.今回体重の変化はありましたか？

① 変化なし　　② 変化あり （　　kg→　　kg）　　③ わからない

4. その他に日常で困っていることやご質問などがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。薬剤師が確認いたします。ご提出の上お待ちください。

2019 .9　作製