オフェブ副作用チェックシート

確認日：　　患者 ID：　　患者氏名：

下痢

□なし　□あり →（ □ 1 日の排便回数が 1~3 回増加、排泄量が軽度に増加 ）
（ □ 1 日の排便回数が 4~6 回増加、排泄量が中等度に増加 ）
（ □ 1 日の排便回数が 7 回以上増加、排泄量が高度に増加 ）

●整腸薬・止瀉薬の使用　□ なし　□ あり（薬剤名：　　）

吐き気

□なし　□あり →（ □ 24 時間に 1~2 エピソード ）
（ □ 24 時間に 3~5 エピソード ）
（ □ 24 時間に 6 エピソード以上 ）
※5 分以上間隔があいたものをそれぞれ 1 エピソードとする

●制吐剤の使用　**□ なし　□ あり（薬剤名：　　）**

食欲減退

□なし　□あり →（ □ 食事量の変化を伴わない食欲低下）
（ □ 食事量が 2~3 割減 ）
（ □ 食事量が 5 割以上減 ）

体重の増減：＿＿＿＿＿kg　減 ・ 増

倦怠感

□なし　□あり→（ □ 日常生活の一部に困難を生じる ）
（ □ 日常生活に支障あり ）

肝機能障害

□なし　□あり→【症状】　□ 発熱　□ 黄疸　□ 発疹　□ かゆみ

【定期的な肝機能検査】　□なし　□あり

	AST	ALT	ビリルビン
前値			
今回			

間質性肺炎

□なし　□あり→ □ 空咳の増強　□ 息切れの増強　□ 発熱