

S-1 チェックシート

患者名 _____

- 電話対応時間 ___月___日 ___時 ___分 ~ ___時 ___分
- 対応者 □本人 □家族
- アドヒアランス □良 □不良(飲み忘れ回数 回 その他:)

- 下痢(水様便~泥状便) □なし □あり
頻度_____回/日 (普段の回数_____回/日)
飲水の可否 □可 □不可
下痢止めの服用 □あり □なし
 ・□ペラミド内服頻度_____回/日 (残数: ___Cap)

指導内容: _____

- 吐き気・食欲不振
嘔吐 □なし □あり → _____回/日 □水分、食事摂取困難
吐き気 □なし □あり → □水分、食事摂取困難
食欲不振 □なし □あり → 食事摂取量 % (S-1 開始前と比較)

指導内容: _____

- 内炎 □なし □あり → □食事摂取困難

指導内容: _____

- 皮膚障害
□ なし
□ あり → 発疹(掻痒感の有無、体、顔、その他) □HFS(疼痛有り)

指導内容: _____

- 全身倦怠感 (だるさ)
□ なし
□ あり → □日常生活には影響がない
 □日常生活に支障が出ている。

指導内容: _____

- 眼の障害 □なし □あり 流涙 眼脂 その他

指導内容: _____

- その他身体症状
□発熱 □呼吸苦 □空咳 など

ゼロータチェックシート

患者名 _____

- 電話対応時間 ____月____日 ____時 ____分 ~ ____時 ____分
- 対応者 本人 家族
- アドヒアランス 良 不良(飲み忘れ回数 ____回 その他: _____)

●HFS (手・足裏確認)

- なし
- あり → 紅潮、多少の違和感
- 疼痛を伴う。日常生活に支障あり。

指導内容: _____

- 内炎 なし あり → 食事摂取困難

指導内容: _____

●下痢(水様便~泥状便) なし あり

- 頻度 _____回/日 (普段の回数 _____回/日)
- 飲水の可否 可 不可
- 下痢止めの服用 あり なし
- ・ペラミド内服頻度 _____回/日 (残数: ____Cap)

指導内容: _____

●吐き気・食欲不振

- 嘔吐 なし あり → _____回/日 水分、食事摂取困難
- 吐き気 なし あり → 水分、食事摂取困難
- 食欲不振 なし あり → 食事摂取量 ____% (ゼロータ開始前と比較)

●その他身体症状

- 発熱 呼吸苦 空咳 など
