

外来化学療法 確認シート(案)

患者様 ID 氏名

過敏症・有害事象歴他	プロトコール(登録名)
診断名	

20 年 月 日		20 年 月 日	
医師サイン( )		医師サイン( )	
主治医記入欄	化学療法 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 変更 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象	<input type="checkbox"/> 中止 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象
	腋窩温 ℃	<input type="checkbox"/> 本人希望 (変更内容)	特記:  <input type="checkbox"/> 本人希望
看護師欄	確認サイン 特記:	施行医欄	確認サイン 特記:

20 年 月 日		20 年 月 日	
医師サイン( )		医師サイン( )	
主治医記入欄	化学療法 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 変更 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象	<input type="checkbox"/> 中止 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象
	腋窩温 ℃	<input type="checkbox"/> 本人希望 (変更内容)	特記:  <input type="checkbox"/> 本人希望
看護師欄	確認サイン 特記:	施行医欄	確認サイン 特記:

20 年 月 日		20 年 月 日	
医師サイン( )		医師サイン( )	
主治医記入欄	化学療法 <input type="checkbox"/> 施行	<input type="checkbox"/> 変更 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象	<input type="checkbox"/> 中止 (理由) <input type="checkbox"/> 有害事象
	腋窩温 ℃	<input type="checkbox"/> 本人希望 (変更内容)	特記:  <input type="checkbox"/> 本人希望
看護師欄	確認サイン 特記:	施行医欄	確認サイン 特記:

公立大学法人横浜市立大学附属病院 化学療法室