

【下痢主訴の 受診勧奨判断 + 詳細聴取 トレーシングレポート一体シート】

必須 確認事項：目的は 緊急受診か判断する！	
便の性状は次のいずれですか	<input type="checkbox"/> 海苔のつくだ煮のような真っ黒い便 あるいは 血便 → 緊急受診 <input type="checkbox"/> 水のような便→緊急受診かは 下記回数にて判断 <input type="checkbox"/> 上記にあてはまらない→緊急受診かは 下記回数にて判断
下痢の回数（普段と比べて）	<input type="checkbox"/> 1日 7回以上 の下痢、ストマの方は ストマ内に多量 の下痢 → 緊急受診 <input type="checkbox"/> 1日 6回以下 の下痢、ストマの方は ストマ内に少量から中等量 の下痢 で かつ →下記項目に ひとつでもチェックが入ったら緊急受診 チェック入らなければ 経過観察 <input type="checkbox"/> 化学療法関連の下痢による過去の入院歴 <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 腹痛、<input type="checkbox"/> 飲食ができないほどの嘔気・嘔吐、<input type="checkbox"/> 日常生活困難、<input type="checkbox"/> 悪寒が続く <input type="checkbox"/> 平熱 36 度台の方は 37.5 度以上、平熱 35 度台の方は 37 度以上 1 時間継続 <input type="checkbox"/> 下血、<input type="checkbox"/> 胸痛、<input type="checkbox"/> 水分が全く摂れない、尿がほとんどでない(つまり脱水状態) </div> <input type="checkbox"/> 1日 5 回以下の下痢、ストマの方はストマ内に少量の下痢 → 経過観察

■ 緊急受診時 患者さんへのアドバイス

- ・熱を測定していない患者には、熱を測定するよう依頼
- ・患者さんが病院へ伝達すべきこと
 上記聴取事項でチェックの入った事項 と 熱
 診察券に記載されている患者さんの ID（ID がわかるようにしてかけるとスムーズであることを伝達）

相澤病院連絡方法

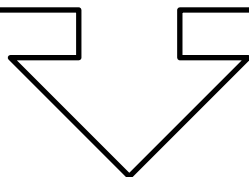
平日（9時～17時）の連絡先 がん集学治療センター：0263-33-8600（内線 1802, 7439）
 夜間・土日祝日の 連絡先 救急外来：0263-36-9999

● 経過観察とした場合の注意点！

これから先 状態変化によって、上記 **緑枠の項目** が **1つでも該当したら**、緊急受診する。
 時系列に 下痢した時間、便の状態、水分摂取、食事摂取、腹痛の有無を記録し 受診となったら持参する。

下痢には様々な背景が予測されます。

上記にて、下痢における緊急受診 とはならなかった場合 で
 患者さんへの情報聴取が可能そうであれば、次ページを確認していきましょう。
 トレーシングレポートとしても使用できるようになっています。



患者さんが すぐに相談、受診希望している場合は

相澤病院 TEL 0263-33-8600 (代表) 薬剤センターへつないでもらい FAX する旨をお伝えいただいてから FAX してください

相澤病院で がん化学療法治療中患者さんの下痢に関するトリーツグレポート

患者さんの状態にあてはまる、どちらかにチェックを入れてください。

- 1日6回以下の下痢、スタマの方は スタマ内に少量から中等量 の下痢 であって **かつ** 化学療法関連の下痢による過去の入院歴がなく、①～⑧の状態がない方です。
 ①腹痛、②飲食ができないほどの嘔気・嘔吐、③日常生活困難、④悪寒が続く、⑤平熱 36 度台の方は 37.5 度以上、平熱 35 度台の方は 37 度以上 1 時間継続、⑥下血、⑦胸痛、⑧水分が全く摂れない、尿がほとんどでない
- 1日5回以下の下痢、スタマの方はスタマ内に少量の下痢 の方です。

<患者さんから聴取した内容です 聴取日：20 年 月 日 時 分>

下痢は いつから 始まりましたか	月 日 時頃～
今の 便の 性状 はどうですか	■便の性状： _____ or ブリストルスケール数字： _____
普段 の便通 はどうですか	■ 回/日 or 回/週 ■性状： _____ or ブリストルスケール数字： _____
通じ薬を使用 していますか	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している (薬品名： _____、服用： _____) ⇒● アドバイス ：下痢が治まるまで、使用を控えましょう(使用薬剤に応じて具体的に)
発熱 はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(平熱： _____ 度、直近： _____ 度) <input type="checkbox"/> 測定してない ⇒● アドバイス ：測定していない方は熱を測定していただく 1 時間以上 、平熱が 36 度台の方は 37.5 度以上、平熱が 35 度台の方は 37 度以上の 発熱継続 上記必須確認で下痢回数 6 回以下でも下痢があり発熱継続していれば 病院へ相談
口内炎 はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(具体的な状態： _____) ⇒● アドバイス ：口内炎誘因で 1 日以上全く たべられなければ 病院へ相談
つらさ はいかがですか(倦怠感)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(具体的な様子： _____) ⇒● アドバイス ：日常生活への影響があれば 病院へ相談
水分摂取 はできていますか	<input type="checkbox"/> いつもと変わりなく摂れている <input type="checkbox"/> ほとんどとれない(何を 1 日どのぐらい： _____) 上記で下痢 6 回以下でも → <input type="checkbox"/> 1 日以上、全く摂れていない ⇒● アドバイス ： 緊急受診
食事摂取：	<input type="checkbox"/> いつもと変わりなく摂れている <input type="checkbox"/> あまり とれない(何を 1 日どのぐらい： _____) <input type="checkbox"/> 1 日以上、全く摂れていない ⇒● アドバイス ： 病院へ相談
尿 はできていますか	<input type="checkbox"/> 普段通り ている <input type="checkbox"/> 普段と違う(具体的に： _____) 上記で下痢 6 回以下でも → ⇒● アドバイス ：ほとんどでない or 出過ぎる or 血尿 が 継続したら 緊急受診
めまい はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(具体的な状態： _____) 上記で下痢 6 回以下でも → ⇒● アドバイス ：眩暈がひどく、普段通り 動けないようなら 緊急受診
頭痛 はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(具体的な状態： _____) 上記で下痢 6 回以下でも → ⇒● アドバイス ：頭痛がひどく、継続するようなら 緊急受診
最近変わったものを食べましたか	<input type="checkbox"/> 食べてない <input type="checkbox"/> 食べた (いつ、なにを： _____)
体を冷やすことがありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった (具体的に： _____)
最近はじめた薬やサプリメントがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつから、何を： _____) ⇒● アドバイス ：下痢が治まるまで、使用を控えましょう。 ただし生命をコントロールしている薬剤 の場合は、処方医に相談しましょう。
周囲に下痢症状の人がいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (誰、症状： _____)
腹部周辺への放射線治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつごろ、どこに： _____)
その他	

患者の生年月日： _____ 患者名： _____ 相澤病院での患者 ID： _____
 報告者： _____ 薬局 (TEL _____) 薬剤師名： _____

★患者さまより、上記 情報提供することについて 同意を取得しております。