

がん化学療法用トレーシングレポート(免疫チェックポイント阻害薬)

保険薬局→薬剤部→主治医

報告日: 年 月 日

福井大学医学部附属病院 御中

担当医 科

先生

患者 ID:	保険薬局の所在地及び名称 電話: FAX: 担当薬剤師:
患者名:	
レジメン名 または 抗がん薬名:	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、 治療上重要事項だと思われまますので報告いたします。	

【服薬状況(アドヒアランス)に関する情報】

【副作用に関する情報】 該当する症状があり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします。

電話連絡 0776-61-3111 内線 4699(平日 9:00-17:00)

すぐに病院に連絡が必要な症状	次回受診時に報告が必要な症状
重症筋無力症 <input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 筋肉痛がある	内分泌障害 <input type="checkbox"/> 体がだるい、疲れやすい <input type="checkbox"/> 食欲が落ちる <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 汗を多くかく
心筋炎 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> むくみや体重増加がある <input type="checkbox"/> 動悸がする	
1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 喉がひどく渴く <input type="checkbox"/> 水を多く飲む <input type="checkbox"/> 尿量が増える	皮膚障害 <input type="checkbox"/> 発疹がある <input type="checkbox"/> 皮膚に痒みがある
間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳が増えた <input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱	
大腸炎・下痢 <input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢の増加 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる	
静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> むくみや腫れや痛みがある	

【保険薬局からの提案事項】 提案あり 報告のみ (左欄いずれかにチェックをお願いします)

返信欄(医師記入欄)

 報告内容を確認しました。 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日

医師