



FAX:加賀市医療センター（薬剤室）0761-72-0580

保険薬局→薬剤室→主治医

加賀市医療センター御中

報告日： 年 月 日

【特定薬剤管理指導加算2】irAE情報提供書(トレーシングレポート)

☐ 急を要する ☐ 要しない

担当医	科	保険薬局 名称・所在地	
先生 御机下			
患者ID:		電話番号:	
患者名:		FAX番号:	
		担当薬剤師名:	
この情報を伝えることに対して患者の同意を ☐ 得た。 ☐ 得ていない。			
☐ 患者は報告を拒否していますが、治療上重要と判断したので報告いたします。			

レジメン名【		化学療法実施日【		月	日	】
聞き取り方法	☐ 電話	☐ 在宅訪問	☐ 薬局聞き取り			
聞き取り日時	月 日 時 day() ※化学療法実施日day1とする。					
<irAEの発現状況>						
※ 症状がある場合は「あり」に☑して該当する特異的症状にチェックしてください。						
症状	なし	特異的症状				
発熱	☐	☐ 37.5度以上の発熱が持続				
呼吸	☐	☐ 息切れ（動くと息が切れる）	☐ 空咳（乾いた咳がでる）	☐ 呼吸困難（安静時に呼吸苦）		
内分泌	☐	☐ 倦怠感（怠くて動くのがつらい）	☐ 食欲不振（食欲がない）	☐ 抑うつ・無気力（動く気力がない）		
肝機能	☐	☐ 黄疸（顔色、白目が黄色い）	☐ 疲労感（身体が重くて動けない）			
消化器	☐	☐ 下痢（1日4回以上軟便・水様便） 便回数（ 回/日）	☐ 血便（便に血が混じる）	☐ 腹痛・嘔気（気持ち悪い）		
糖尿病	☐	☐ 口渇（口・喉が渇く）	☐ 多飲（水分摂取量が増える）	☐ 多尿（普段より尿の回数が多い）		
腎機能	☐	☐ 尿量減少/増加 （普段より尿回数少ない/多い）	☐ 浮腫（むくみがある）	☐ 血尿（尿に血が混じる）		
眼	☐	☐ 視覚異常（見えにくい）	☐ 霧視（ぼやける）	☐ 複視（二重に見える）		
筋神経	☐	☐ 筋肉痛（筋肉・関節が痛い）	☐ 四肢脱力（手足の力が入らない）	☐ 眼瞼下垂（まぶたが下がる）		
皮膚	☐	☐ 皮疹/紅斑（身体に発疹がある）	☐ 掻痒感（身体が痒い）			
心機能	☐	☐ 動悸（ドキドキする）	☐ 頻脈/徐脈（脈が乱れる）			
その他の副作用・薬剤師としての提案事項・報告事項						

【返信欄】

- | | |
|--|---|
| ☐ 報告内容確認しました。上記医師に報告します。 | ☐ 治療内容は現状維持として対応し、引き続き経過観察します。 |
| ☐ 提案・報告内容ふまえ、医師と協議していきます。 | ☐ 提案・報告内容ふまえ、以下のように対応していきます。 |

--

<注意>Grade 3または症状が強いGrade 2に該当する場合や38℃台の発熱が続く場合は、当施設へご連絡下さい。

TEL:0761-76-5096（外来化学療法室） 0761-72-1188（代表）