



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

※お手数ですが、原本は後日当院各科へ郵送お願い致します。

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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。		
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 在宅訪問	<input type="checkbox"/> 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>

なし あり ※症状ある場合は「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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱が持続		
呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 息切れ (動くと息が切れる)	<input type="checkbox"/> 空咳 (乾いた咳がでる)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (安静時に呼吸苦)
内分泌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 倦怠感 (怠くて動くのがつらい)	<input type="checkbox"/> 食欲不振 (食欲がない)	<input type="checkbox"/> 抑うつ・無気力 (動く気力がない)
肝機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 黄疸 (顔色、白目が黄色い)	<input type="checkbox"/> 疲労感 (身体が重くて動けない)	
消化器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下痢 (1日4回以上軟便・水様便) 便回数 (回/日)	<input type="checkbox"/> 血便 (便に血が混じる)	<input type="checkbox"/> 腹痛・嘔気 (気持ち悪い)
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口渇 (口・喉が渇く)	<input type="checkbox"/> 多飲 (水分摂取量が増える)	<input type="checkbox"/> 多尿 (普段より尿の回数が多い)
腎機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿量減少/増加 (普段より尿回数少ない/多い)	<input type="checkbox"/> 浮腫 (むくみがある)	<input type="checkbox"/> 血尿 (尿に血が混じる)
眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 視覚異常 (見えにくい)	<input type="checkbox"/> 霧視 (ぼやける)	<input type="checkbox"/> 複視 (二重に見える)
筋神経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 筋肉痛 (筋肉・関節が痛い)	<input type="checkbox"/> 四肢脱力 (手足の力が入らない)	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 (まぶたが下がる)
皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 皮疹/紅斑 (身体に発疹がある)	<input type="checkbox"/> 掻痒感 (身体が痒い)	
心機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 動悸 (ドキドキする)	<input type="checkbox"/> 頻脈/徐脈 (脈が乱れる)	

症状の詳細 (いつから、程度、その他)、その他の副作用

薬剤師としての提案事項・報告事項

--

<注意> Grade3または症状が強いGrade2に該当する場合や38度台の発熱が続く際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)