



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）

処方医： 科 先生御机下 報告日 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	印
生年月日	年 月 日	TEL :	FAX :
患者または代諾者からの同意	取得済み 代諾者続柄 :	患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします	
聞き取り日	年 月 日	聞き取り方	来院時 電話 その他 ()
レジメン名		アドヒアランス	良好 不良 ()
分類	副作用の報告	服薬状況	支持療法に関する処方提案 その他 ()

副作用モニタリング			
症状	あり	備考欄	
肺臓炎		労作時の息切れ、37.5℃以上の発熱、空咳	
大腸炎		腹痛、粘液または血液が便に混じる	
下痢		通常より4~6回/日の排便回数増加	
筋炎		四肢の筋力低下、筋肉痛	
重症筋無力症		脛が垂れ下がる、ものが二重に見える、筋力低下	
重度の皮膚障害		広範囲の発疹や水疱、紅斑、眼の充血、口唇発赤	
心筋炎		動作時の息切れ・疲労・動悸・胸痛等の臨床所見がある	
1型糖尿病		口渇・多飲・多尿等の臨床所見がある	
内分泌障害		易疲労感、食欲不振、動悸、体重の増加・減少、倦怠感	
神経障害		しびれ等の臨床所見がある	
その他		黄疸、悪心、掻痒感、褐色尿、浮腫等その他	
疼痛		部位 :	NRS : 鎮痛剤使用状況 :

薬剤師からの情報提供、次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象内容や指示した対処法

上記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

病院薬剤師記入欄

薬局へ連絡： 年 月 日 対応薬剤師：

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。

太枠で囲んだ症状がある場合や緊急性のある問い合わせ、疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

対応希望期日がある際は記載をお願いします。