

トレーシングレポート(有害事象報告用)

送付先：札幌医科大学附属病院 薬剤部 (FAX 011-616-5331)

添付資料： 有 無

フリガナ 患者氏名		作成日： 年 月 日
患者ID：		送信元：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電話番号：
年月日： 年 月 日 (歳)		FAX：
		担当者名(問合せ先)：
		処方医
		科 先生

この情報を伝えることに対しての [同意を得た・ 同意を得ていないが治療上重要なため報告する]

【聴取状況】 投薬時 電話等による服薬フォローアップ時 その他

【主訴・主な症状に関する情報（発現時期や経過、症状の程度等）】

【症状に関する報告（当てはまる症状にチェックしてください）】

全身	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 寝汗
皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感 <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 粘膜のびらん <input type="checkbox"/> 黄疸
頭・眼・耳鼻咽喉	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 結膜充血 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔内びらん
胸部	<input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 頻脈
消化器	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 黒色便
腎・泌尿器	<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 無尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 赤褐色尿 <input type="checkbox"/> 陰部疼痛
内分泌	<input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 多飲
筋骨格系	<input type="checkbox"/> 局所疼痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 下肢浮腫
神経系	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚麻痺 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 精神状態の変化
その他の症状	

【その他の追記事項】

薬剤師としての提案事項

[病院記入欄]

- 報告内容を確認しました 報告内容を医師へ伝えました（カルテに添付）
 処方変更なく、経過観察します 診察時にご本人と相談します 以下のように対応します