

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】 来局時 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）】

一般・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
消化管	<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	

薬剤師としての提案事項（指導内容）

※この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。緊急性がある内容や疑義照会は通常どおり電話にてお願いいたします。

電話：011-611-2111（代表）

2026年4月15日改訂