

トレーシングレポート(免疫関連有害事象・irAE)

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	イダイ ヤクタロウ 医大 薬太郎	作成日：20●●年 7月 29日	送信元：●●調剤薬局●●店
患者ID：12345678		電話番号：011-●●●-●●●●	FAX：011-●●●-●●●●
性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		担当者名(問合せ先)： ●● ●●	
年月日：19●●年 12月 11日 (○○歳)		処方医	腫瘍内科 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）】

○○○療法(3コース目)、5日目の○月○日より、全身倦怠感が出現しております。

倦怠感は、日常生活に支障がない程度であり、動くと症状を感じ、休むとよくなるとのことです。

8日目にあたる○月○日までに症状の増悪は認めておりません。

また、2コース目まで同様の症状はなかったとのことです。

食欲の低下を感じるものの、食事量に変化はないとのことです。皮膚掻痒感や黄染(皮膚・眼球結膜)の訴えはありません。

発熱や呼吸困難感、その他、前コースと比較し新たな症状の出現はありません。

【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）】

重症筋無力症・筋炎	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 筋肉痛	発現時期：
1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 多尿	発現時期：
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 息切れ	発現時期：
大腸炎・下痢	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛	発現時期：
肝機能障害・肝炎	<input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感	発現時期：
内分泌障害	<input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気	発現時期：倦怠感[○月○日~]、食欲不振[○月○日~]
静脈血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 局所疼痛	発現時期：
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 口唇や口腔内のびらん	発現時期：
神経障害	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ	発現時期：
その他の症状		

薬剤師としての提案事項（指導内容）

治療後8日目にあたる○月○日に電話による副作用等の確認を行いました。

倦怠感は軽微な症状であり、増悪傾向やその他全身症状を認めませんでした。症状が増悪する場合には、速やかに受診するようお願いいたしました。

肝機能や甲状腺関連の血液検査は定期的実施されておりますが、ACTH やコルチゾールの測定が未実施でしたら、副腎障害の有無を検査追加により確認するのはいかがでしょうか。

※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