

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		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）】 注：全ての副作用・症状を網羅してはいません

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"/> 口渴 <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 type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気	発現時期：
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		

【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