

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】  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）】

<b>重症筋無力症・筋炎</b>	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 筋肉痛	発現時期：
<b>1型糖尿病</b>	<input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 多尿	発現時期：
<b>間質性肺炎</b>	<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：
<b>大腸炎・下痢</b>	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛	発現時期：
<b>肝機能障害・肝炎</b>	<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		

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