記入日：　　　　　年　　　月　　　日

　八尾市立病院 　　　　　　　　　八尾徳洲会総合病院

　医真会八尾総合病院 　医真会総合クリニックス 　安中診療所

トレーシングレポート（免疫チェックポイント阻害剤用）【八尾薬薬連携版】

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | 保険薬局　（名称・電話番号・FAX番号） |
| 処方医：　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 |  |
| 患者ＩＤ： |
| 患者氏名： | 担当薬剤師名： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | 投薬時　　　　 テレフォンフォローアップ時　　　 患者からの問い合わせ | | | | | | |
| 対象薬剤もしくはレジメン名： | | | | | | | | | |
|  | 発熱 | なし | | あり |  | 神経 ･ 筋 | 手足の痺れ | なし | あり |
| 呼吸器 | 咳（空咳） | なし | | あり |  | 筋肉痛や関節痛 | なし | あり |
| 息切れ | なし | | あり |  | 手足の脱力感 | なし | あり |
| 呼吸困難 | なし | | あり |  | 瞼が重い | なし | あり |
| 消化器 | 悪心・嘔吐 | なし | | あり |  | 眼 | 視覚異常 | なし | あり |
| 食欲不振 | なし | | あり |  | 肝 | 眼や皮膚が黄色い（黄疸） | なし | あり |
| 粘液便や血便 | なし | | あり |  | 腎  脳 | 尿量の減少、浮腫 | なし | あり |
| 下痢 | なし | | あり |  | 血尿 | なし | あり |
| 皮膚 | 搔痒感 | なし | | あり |  | 脳 | 意識障害 | なし | あり |
| 皮疹 | なし | | あり |  | 精神状態の変化 | なし | あり |
| 水疱、口腔など粘膜のただれ | なし | | あり |  | 血液 | 出血（鼻血・歯肉出血等） | なし | あり |
| 内分泌 | 動悸 | なし | | あり |  | 点状や斑状の皮下出血 | なし | あり |
| 倦怠感 | なし | | あり |  |  |  |  |  |
| 多汗または寒気 | なし | | あり |  |  |  |  |  |
| 体重増加または減少 | なし | | あり |  |  |  |  |  |
| 口渇 | なし | | あり |  |  |  |  |  |
| 多飲・多尿 | なし | | あり |  |  |  |  |  |
| ※該当する項目が無い場合は有害事象共通用語規準（CTCAE v5.0）を参照し空欄に記載して下さい。  ※緊急を有する場合は疑義照会で対応後、報告して下さい。 | | | | | | | | | |
| **有害事象に関する補足事項（発現時期や程度）、支持療法の評価、服薬状況に関する情報提供、提案事項、その他（処方箋など、別紙添付可）** | | | | | | | | | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |  |
| --- | --- |
| 報告内容を確認しました。（スキャナで取り込みました。） | 報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。） |
| 提案内容を医師へ伝えました。（※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。） | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 記入日：　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　　　　記入者： | |

令和4年（2022年）4月発行