

↑ FAX : 089-924-1115 <注意> 緊急性のあるものに関しては電話 (089-924-1111) にてお願いいたします

【 irAE情報提供書 (トレーシングレポート) 】

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医	科 _____ 先生 御侍史	保険 薬局	名称・所在地・TEL・FAX・担当薬剤師名:
患者	ID: _____ 氏名: _____		

この情報を伝えることに対して患者または家族の同意を (得た 得ていない) 。

患者または家族は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告いたします。

【 聴取時の基本情報 】

- 日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
- 聴取手段 _____ 電話 ・ 来局 ・ その他 (_____)
- レジメン名 _____

【 irAEの評価 】

該当する特異的症状に「○」を付け、詳細等を下段に記載してください。

臓器症状	なし	特異的症状		
発熱	<input type="checkbox"/>	37.5℃以上の発熱が持続 → 重篤な経過をたどる場合があるため当院へ連絡		
心機能症状	<input type="checkbox"/>	動悸	頻脈/徐脈	心拍数増加/減少
		- 胸がドキドキする	- 脈の乱れがある	- 胸がドキドキする
消化器症状	<input type="checkbox"/>	下痢 (1日4回<)	血便	悪心嘔吐
		- 軟便、水様便がある	- 便に血が混じる	- 気持ちが悪い
全身症状	<input type="checkbox"/>	倦怠感・疲労感	脱力感・無気力	食欲不振
		- 怠くて動くのが辛い	- 動く気力がない	- 食欲がない
糖尿病症状	<input type="checkbox"/>	口渇	多飲	多尿
		- 口や喉が渇く	- 水分摂取量が増える	- 普段より尿の回数が多い
神経症状	<input type="checkbox"/>	筋力低下	感覚・運動・自律神経障害	眼瞼下垂
		- 身体が動かしにくい	- 手足に力が入りづらい	- まぶたが重い
腎機能症状	<input type="checkbox"/>	尿量増加/減少	浮腫	血尿
		- 普段より尿の回数が多い/少ない	- 急な身体のみくみがある	- 血尿が出る
呼吸器症状	<input type="checkbox"/>	息切れ	空咳	呼吸困難
		- 動くと息が切れる	- 乾いた咳が出る	- 安静時に呼吸がしづらい
皮膚症状	<input type="checkbox"/>	紅斑/発疹/紫斑	掻痒感	黄疸
		- 身体に赤い斑点がある	- 身体が痒い	- 皮膚や白目が黄色い
痛みの部位	<input type="checkbox"/>	全身性/局在性 (頭・胸・上腹部・側腹部・背部・下腹部・四肢・その他 (_____) 等)		

症状の詳細 (いつから、程度 (Gradeは有害事象共通用語基準 v5.0 日本語訳 JCOG版に基づいて評価)) ・その他の症状 等

薬剤師としての提案事項・その他の報告事項 等