

- 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
- 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：	

確認日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 投薬時	<input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時	<input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ		
対象薬剤もしくはレジメン名：					
呼吸器	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	神経・筋	手足の痺れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	咳（空咳）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		筋肉痛や関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		手足の脱力感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		脛が重い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
消化器	悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	眼	視覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	食欲不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	肝	眼や皮膚が黄色い（黄疸）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	粘液便や血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腎	尿量の減少、浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		血尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
皮膚	掻痒感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	脳	意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	皮疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		精神状態の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	水疱、口腔など粘膜のただれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	血液	出血（鼻血・歯肉出血等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
内分泌	動悸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		点状や斑状の皮下出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	多汗または寒気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	体重増加または減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	口渴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	多飲・多尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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*****

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。（スキャナで取り込みました。）	<input type="checkbox"/> 報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。）
<input type="checkbox"/> 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。）	
<input type="checkbox"/> その他（)	
記入日： 年 月 日	記入者：