

免疫関連有害事象(irAE)トレーシングレポート

担当医		保険薬局名	
患者ID		電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	FAX番号	
レジメン		担当薬剤師名	

※この情報を伝えることに対して患者の同意を

得た

得てないが治療上重要だと思われるので報告

血圧

/

mmHg

体重

kg

★項目に該当する場合✓をつけてください。

<input type="checkbox"/>	発熱はありますか。
<input type="checkbox"/>	体がだるく、日常生活を過ごすことが難しいことがありますか。
<input type="checkbox"/>	動悸、息切れ、空咳、息苦しさ、胸の痛みはありますか。
<input type="checkbox"/>	下痢が1日4回以上の便通もしくは水様便が継続していますか。
<input type="checkbox"/>	お腹が張ることによる痛みや便秘はありますか。
<input type="checkbox"/>	便に血がまじっていますか。
<input type="checkbox"/>	吐き気はありますか。
<input type="checkbox"/>	血圧が高い(上が180以上かつ下が110以上)、逆に血圧が低い(上が90以下で立ちくらみがひどい)ことはありますか。
<input type="checkbox"/>	いつもより喉がかわく、また、水分摂取・トイレの回数が増えましたか。
<input type="checkbox"/>	冷や汗やふるえなどの低血糖症状はありますか。
<input type="checkbox"/>	体に皮疹及び発疹はありますか。
<input type="checkbox"/>	手足に力が入らないことはありますか。

症状の詳細・ その他の症状:	
治療日誌記載	<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止(理由:
緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 医師に報告 <input type="checkbox"/> 受診勧告)

病院薬剤師 記入欄	<input type="checkbox"/> 報告内容を電子カルテに取り込み依頼をしました。	担当薬剤師
	<input type="checkbox"/> 医師に報告しました。 <input type="checkbox"/> その他	
済生会宇都宮病院		