

トレーシングレポート(免疫チェックポイント阻害剤用)

担当医 <div style="text-align: center;">科 先生</div> 患者ID: 患者名: 確認日:	保険薬局 名称: 所在地: Tel, FAX: 担当薬剤師名: 確認方法: <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他()
---	--

●副作用の評価(治療開始前と比較): の症状は重大な副作用の可能性が考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いいたします。各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未記入としてください。

体重の変化 → なし あり【前回: kg(測定日) → 今回: kg(測定日)】

全身症状	発熱(腋窩37.5℃以上)	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	倦怠感、疲労	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	悪心・嘔吐、食欲不振	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	むくみ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	痛み 部位: <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 手足	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
呼吸器	息切れ、息苦しい	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	咳がでる(空咳)	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
消化器	1日4回以上の下痢の増加	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	血便、黒色便	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
内分泌	口渇	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	気力の低下	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	水分を多く欲しくなる	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	動悸がする	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	汗を多くかく	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり

腎	尿回数の変化: <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	尿の色調変化()	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
神経・筋	手足の痺れ、感覚がない	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	体や手足のふるえ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	瞼が重い	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
目	手足の脱力感	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	白目が黄色になる	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	二重に見える	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
皮膚	目が充血する	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	皮膚がただれる(口腔など)	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	広範囲の紅斑、水ぶくれ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	皮膚がかゆい	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
他	発疹がある	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり
	意識障害	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり

●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む)

経口抗がん剤または支持療法の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬剤名:	残薬: <input type="text"/>
服薬状況の確認: <input type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 継続服用できていない <input type="checkbox"/> その他()		
継続服用できていない理由: <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他()		

●その他特記事項(処方提案、症状の詳細、他院での処方薬、疑われるirAEなど)