

# irAE トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医師 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名 :	<input type="checkbox"/> 患者からの同意を得た。
ID(または生年月日) :	<input type="checkbox"/> 同意を得ていないが、重要であり報告します。
保険薬局 名称・所在地	
TEL :	FAX : 担当薬剤師 :
レジメン :	
聞き取り日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡(問い合わせ) <input type="checkbox"/> テレフォンプォロアアップ	

**緊急**

**速やかな受診が必要**

**次回受診日までに報告**

**1型糖尿病**

- 喉がひどく渇く
- 水分を多く飲む
- 尿量が増える

**間質性肺炎**

- 痰のない咳
- 発熱(≥37.5℃)
- 息苦しい(下表⑥)

**重症筋無力症、筋炎**

- 筋肉痛
- まぶたが重い
- 物が二重に見える
- 足・腕に力が入らない(下表⑦)

**大腸炎・下痢**

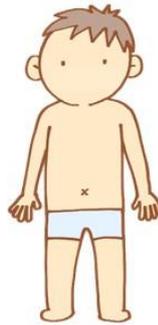
- 便に血が混じる
- 腹部の圧痛(押ししたときに痛み)
- 下痢が増えた(下表④)

**心筋炎**

- 胸痛がある
- 動悸がする
- 息苦しい(下表⑥)

**腎機能障害**

- 尿量が減る
- 血尿がでる
- むくみが強い(下表⑧)



※皮膚障害の部位に○印をつけてください。

**甲状腺機能障害**

**【機能亢進】**

- 手指のふるえ
- 汗がとまらない
- 食事量に関係なく体重が減る

**【機能低下】**

- 寒気がする
- 物忘れしやすい
- 食事量に関係なく体重が増える
- 便秘
- 疲れやすい(下表③)

**下垂体・副腎機能障害**

- 体がだるい(下表③)
- 食欲不振(下表①)
- 吐気(下表②)
- 頭痛
- 血圧の低下

**神経障害**

- 手足感覚が鈍い
- 手足しびれ・痛み(下表⑤)

**皮膚障害**

- 発疹がある
- かゆみ
- まぶたや目の充血
- 全身に紅斑や水ぶくれが出る
- ひどい口内炎

**静脈血栓塞栓症**

- 足の腫れ・むくみ(下表⑧)
- 皮膚・唇・手足の爪が青紫～暗褐色

副作用グレードの詳細はCTCAEを確認してください。Grade 3は疑義紹介(診療科へ電話)をお願いします。

有害事象	Grade 1	Grade 2	Grade 3	症状があった日
① 食欲不振	<input type="checkbox"/> 食欲低下あるが食べられる	<input type="checkbox"/> 食事量減少	<input type="checkbox"/> ほぼ食べられない	
② 悪心	<input type="checkbox"/> 悪心あるが食べられる	<input type="checkbox"/> 食事量減少(半分程)	<input type="checkbox"/> 体重減少/ほぼ食べられない	
③ 倦怠感(疲れ)	<input type="checkbox"/> だるさがある	<input type="checkbox"/> 生活の一部に支障あり	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障あり	
④ 下痢	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢	<input type="checkbox"/> 1日7回以上の下痢	
⑤ 神経障害	<input type="checkbox"/> しびれがある	<input type="checkbox"/> 生活の一部に支障あり	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障あり	
⑥ 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 息切れがある(階段/坂道)	<input type="checkbox"/> 息切れがある(歩行時)	<input type="checkbox"/> 安静時の息切れ	
⑦ 筋炎/ 重症筋無力症	<input type="checkbox"/> 力の入りにくさ/眼瞼下垂・複視(物が二重に見える)	<input type="checkbox"/> 生活の一部に支障あり	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障あり	
⑧ 浮腫	<input type="checkbox"/> むくみがある(圧痕浮腫)	<input type="checkbox"/> 体重増加/しわの消失	<input type="checkbox"/> 生活に支障あり	

症状の詳細

**提案内容など**

返信欄  報告内容を受信し、処方医へ報告しました。