

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"/> テレフォンフォローアップ

「速やかに受診が必要」
「次回受診日までに報告」と、緊急度が分かれています

該当項目の症状の□に✓して下さい

重症度を分類できる副作用は、下表のGrade分類(①～⑧)にも✓をお願いします

皮膚障害があれば、その部位に○印をつけてください

緊急 速やかな受診が必要

次回受診日までに報告

※皮膚障害の部位に○印をつけてください。

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②)

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
- 動悸がある
- 息苦しい(下表⑥)

腎機能障害

- 尿量が減る
- 血尿が出る
- むくみが増える(下表⑧)

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
- 疲れやすくなる(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

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
- ひびき/口角炎

神経障害

- 手足感覚が鈍い
- 手足しびれ・痛み(下表⑤)

静脈血栓性症

- 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"/> 食欲低下があるが食べられる	<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"/> 悪心があるが食べられる	<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。