



愛媛県立中央病院 御中

報告日： 年 月 日

トレーシングレポート【免疫関連有害事象：irAE】**特定薬剤管理指導加算2**

担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
レジメン名 (薬剤名) :	担当薬剤師名 : 印

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た 得ていない
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告します。

下記の通りご報告いたします

(CTCAE ver. 5.0)

<p>～副作用確認シート～ 氏名: _____</p> <p>月/日: _____ コース: _____ 体重: _____ 体温: _____ 血圧: _____ 脈拍数: _____ SpO2: _____</p> <p>●現在、あてはまる症状に☑を入れて下さい。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>※重症筋無力症・筋炎</p> <p><input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 筋肉痛がある</p> <p>※1型糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 喉がひどく渇く <input type="checkbox"/> 水を多く飲む <input type="checkbox"/> 尿量が増える</p> <p>※間質性肺炎</p> <p><input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳が増えた <input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱</p> <p>※大腸炎・下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>内分泌障害</p> <p><input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲が落ちる <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p>静脈血栓塞栓症</p> <p><input type="checkbox"/> むくみや腫れがある</p> <p>皮膚障害</p> <p><input type="checkbox"/> 発疹がある <input type="checkbox"/> 皮膚に痒みがある</p> <p>神経障害</p> <p><input type="checkbox"/> 手足のしびれがある <input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じる</p> </div> </div> <p>※2～3日症状が持続する場合、速やかに病院に連絡してください。</p>		<p>【症状についての詳細内容】</p>																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>症状</th> <th>グレード</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>呼吸困難</td> <td></td> <td>ない</td> <td>階段や坂道を登る際に息切れがある</td> <td>ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる</td> <td>息切れのため、身の回りのこともできない</td> </tr> <tr> <td>倦怠感</td> <td></td> <td>ない</td> <td>だるいと体が休むと回復する</td> <td>いつもだるさはあるが、日常生活はできる</td> <td>だるさのため日常生活のこともできない</td> </tr> <tr> <td>食欲不振</td> <td></td> <td>ない</td> <td>食欲低下を感じるが、食事は変わらない</td> <td>食欲低下を感じ、食事が減った</td> <td>経腸栄養剤を要する</td> </tr> <tr> <td>吐き気</td> <td></td> <td>ない</td> <td>1日に1～2回吐く</td> <td>1日に3～5回吐く</td> <td>1日に6回以上吐く</td> </tr> <tr> <td>下痢</td> <td></td> <td>ない</td> <td>普段と比べ1日1～3回下痢が増えた</td> <td>普段と比べ1日4～6回下痢が増えた</td> <td>普段と比べ1日に7回以上下痢が増えた</td> </tr> <tr> <td>手足のしびれ (部位:)</td> <td></td> <td>ない</td> <td>手足に違和感がある</td> <td>しびれを感じるが、日常生活はできる</td> <td>しびれのため、身の回りのこともできない</td> </tr> <tr> <td>筋力低下 (部位:)</td> <td></td> <td>ない</td> <td>明らかな筋力低下はないが、力の入りにくさを感じる</td> <td>明らかな筋力低下はあるが、日常生活はできる</td> <td>明らかな筋力低下のため、身の回りのこともできない</td> </tr> <tr> <td>皮膚症状 (部位:)</td> <td></td> <td>ない</td> <td>軽度、または体の一部分のみ</td> <td>激しいまたは、全身に広範囲にあるが、日常生活はできる</td> <td>皮膚症状のため、身の回りのこともできない</td> </tr> <tr> <td>その他症状</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">愛媛県立中央病院 免疫チェックポイント阻害薬 治療サポートチーム作成</p>		症状	グレード	0	1	2	3	呼吸困難		ない	階段や坂道を登る際に息切れがある	ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる	息切れのため、身の回りのこともできない	倦怠感		ない	だるいと体が休むと回復する	いつもだるさはあるが、日常生活はできる	だるさのため日常生活のこともできない	食欲不振		ない	食欲低下を感じるが、食事は変わらない	食欲低下を感じ、食事が減った	経腸栄養剤を要する	吐き気		ない	1日に1～2回吐く	1日に3～5回吐く	1日に6回以上吐く	下痢		ない	普段と比べ1日1～3回下痢が増えた	普段と比べ1日4～6回下痢が増えた	普段と比べ1日に7回以上下痢が増えた	手足のしびれ (部位:)		ない	手足に違和感がある	しびれを感じるが、日常生活はできる	しびれのため、身の回りのこともできない	筋力低下 (部位:)		ない	明らかな筋力低下はないが、力の入りにくさを感じる	明らかな筋力低下はあるが、日常生活はできる	明らかな筋力低下のため、身の回りのこともできない	皮膚症状 (部位:)		ない	軽度、または体の一部分のみ	激しいまたは、全身に広範囲にあるが、日常生活はできる	皮膚症状のため、身の回りのこともできない	その他症状						<p>【薬剤師としての提案事項・その他報告事項】</p>
症状	グレード	0	1	2	3																																																									
呼吸困難		ない	階段や坂道を登る際に息切れがある	ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる	息切れのため、身の回りのこともできない																																																									
倦怠感		ない	だるいと体が休むと回復する	いつもだるさはあるが、日常生活はできる	だるさのため日常生活のこともできない																																																									
食欲不振		ない	食欲低下を感じるが、食事は変わらない	食欲低下を感じ、食事が減った	経腸栄養剤を要する																																																									
吐き気		ない	1日に1～2回吐く	1日に3～5回吐く	1日に6回以上吐く																																																									
下痢		ない	普段と比べ1日1～3回下痢が増えた	普段と比べ1日4～6回下痢が増えた	普段と比べ1日に7回以上下痢が増えた																																																									
手足のしびれ (部位:)		ない	手足に違和感がある	しびれを感じるが、日常生活はできる	しびれのため、身の回りのこともできない																																																									
筋力低下 (部位:)		ない	明らかな筋力低下はないが、力の入りにくさを感じる	明らかな筋力低下はあるが、日常生活はできる	明らかな筋力低下のため、身の回りのこともできない																																																									
皮膚症状 (部位:)		ない	軽度、または体の一部分のみ	激しいまたは、全身に広範囲にあるが、日常生活はできる	皮膚症状のため、身の回りのこともできない																																																									
その他症状																																																														

【病院記入欄】情報提供ありがとうございます。

 報告内容・提案事項について、担当医に伝えます。 処方医からのコメント

記入日： 年 月 日 記入者：

*このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。

内容を確認したうえで処方医に報告し、その後電子カルテに保存します。

(愛媛県立中央病院 薬剤部 2022.10)