

外来化学療法に関する情報提供書 (免疫関連有害事象・irAE)

報告日 年 月 日

| | |
|---|---|
| 先生御侍史 | 保険薬局名称： 住所： |
| 患者ID： 999999 | 電話番号： |
| 患者氏名： | FAX番号： |
| 生年月日： YYYY/MM/DD (99歳) | 担当薬剤師： 印 |
| この情報を伝えることに対して患者さんから同意を <input type="checkbox"/> 取得しました。 <input type="checkbox"/> 取得していないが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 | |

医療機関からの情報提供に基づき、必要な薬学的管理及び指導を行いました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

| | | | |
|---------------------|--|-------------------------------------|---|
| 確認日 | YYYY/MM/DD | 対応者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () |
| (聞き取り日) | <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者さんからの問い合わせ | <input type="checkbox"/> 電話フォローアップ時 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 治療レジメン (薬剤名) | | | |

1. 【副作用の状況】 当てはまる症状にチェックしてください (全ての副作用・症状を網羅してはいません)

| | |
|---|--|
| <p>● 間質性肺炎 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 乾性咳嗽</p> <p><input type="checkbox"/> 息切れ</p> <p><input type="checkbox"/> 労作時呼吸苦</p> <p>● 内分泌障害 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 倦怠感</p> <p><input type="checkbox"/> 発汗</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲不振</p> <p><input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p>● 大腸炎・下痢 (発現時期： Bristolスケール：)</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 排便回数 (ベースより4-6回/日以上増加)</p> <p><input type="checkbox"/> 血便</p> <p><input type="checkbox"/> 腹痛</p> <p>● 心筋障害 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸苦</p> <p><input type="checkbox"/> 胸痛</p> <p><input type="checkbox"/> 動悸</p> <p>● 静脈血栓塞栓症 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 浮腫</p> <p><input type="checkbox"/> 局所疼痛</p> | <p>● 皮膚障害 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 全身の紅斑・びらん</p> <p><input type="checkbox"/> 皮疹</p> <p><input type="checkbox"/> 口唇や口腔内の粘膜疹</p> <p>● 1型糖尿病 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 易疲労感</p> <p><input type="checkbox"/> 口渇</p> <p><input type="checkbox"/> 多飲</p> <p><input type="checkbox"/> 多尿</p> <p>● 重症筋無力症・筋炎 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 眼瞼下垂</p> <p><input type="checkbox"/> 複視</p> <p><input type="checkbox"/> 嚥下困難</p> <p><input type="checkbox"/> 筋痛</p> <p>● 神経障害 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 筋力低下</p> <p><input type="checkbox"/> 手足のしびれ</p> <p><input type="checkbox"/> 嚥下困難</p> <p>● ぶどう膜炎 (発現時期：)</p> <p><input type="checkbox"/> 充血</p> <p><input type="checkbox"/> 霧視</p> <p><input type="checkbox"/> 視力低下</p> |
|---|--|

* 緊急性がある場合など、必要に応じて外来受診をお勧めください。

→ 受診を勧めた

2. 【その他：治療の悩みや不安、副作用の補足、処方・検査提案など】

* 簡潔に記入