



**<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

千葉県がんセンター 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) 報告用】

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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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。

【副作用モニタリング】 該当する症状に☑してください。	
有害事象	主な症状
① 間質性肺疾患	<input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 喘鳴
② 重症筋無力症・心筋炎	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 胸の痛み
③ 大腸炎・重度の下痢	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> タール便 <input type="checkbox"/> 血便
④ 1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 多飲多尿 <input type="checkbox"/> 尿糖試験紙で陽性 <input type="checkbox"/> 体重減少
⑤ 重度の皮膚症状・粘膜炎	<input type="checkbox"/> 全身の発赤・皮疹 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 生活に支障のある口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 結膜充血
⑥ 神経障害	<input type="checkbox"/> 手足の痺れ <input type="checkbox"/> 感覚異常 <input type="checkbox"/> 手足の震え、脱力
⑦ 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血尿
⑧ 肝障害	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感
⑨ 甲状腺機能障害	<input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 発汗増加 <input type="checkbox"/> 体重増減 <input type="checkbox"/> 頻脈・動悸 <input type="checkbox"/> 手指振戦
⑩ 副腎障害	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 思考散乱 <input type="checkbox"/> 判断力の低下
⑪ 血栓・塞栓症	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 局所疼痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 皮膚・唇・爪が青紫色に変色
【選択した症状についての詳細内容】	
【その他】 上記以外の症状があれば下記に記載をしてください。	
【薬剤師としての提案事項】	
【※緊急を要する副作用を発見した場合】 該当する症状 :	
<input type="checkbox"/> 直接医師へ連絡した	
<input type="checkbox"/> 患者さんに病院へ連絡・受診してもらうよう勧めた	