

トレーシングレポート(免疫チェックポイント阻害剤用)

|                                        |                                                                                                                                                                          |                                           |  |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| 担当医<br>○○科                      ○○△△先生 |                                                                                                                                                                          | 保険薬局 名称: ○△薬局                             |  |
| 患者ID: 888-999                          |                                                                                                                                                                          | 所在地: 兵庫県○○市△△ 11-22                       |  |
| 患者名: ×× ◎◎                             |                                                                                                                                                                          | Tel, FAX: Tel 111-222-333、FAX 444-555-666 |  |
|                                        |                                                                                                                                                                          | 担当薬剤師名: □□ ☆☆                             |  |
| 確認日: RO.O.O                            | 確認方法: <input checked="" type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 在宅訪問時 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |                                           |  |

●副作用の評価(治療開始前と比較):      の症状は重大な副作用の可能性が考えられますので、速やかに病院に連絡をお願いいたします。  
各症状の該当する項目に✓または○をしてください。未確認の症状は未記入としてください。

体重の変化→☒ なし ☐ あり【前回:      60      kg(測定日 RO.△.△) →今回:      60      kg(測定日 RO.□.□)】

|      |                        |                                     |    |                          |    |
|------|------------------------|-------------------------------------|----|--------------------------|----|
| 全身症状 | 発熱(腋窩37.5℃以上)          | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 倦怠感、疲労                 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 悪心・嘔吐、食欲不振             | <input type="checkbox"/>            | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 痛み<br>部位: □頭 □胸 □腹 □手足 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 呼吸器  | 息切れ、息苦しい               | <input type="checkbox"/>            | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 咳がでる(空咳)               | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 消化器  | 1日4回以上の下痢の増加           | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 血便、黒色便                 | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 内分泌  | 口渇                     | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 気分が低下                  | <input type="checkbox"/>            | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 水分を多く欲しくなる             | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 動悸がする                  | <input type="checkbox"/>            | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 汗を多くかく、暑がり             | <input checked="" type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |

|      |                                |                          |    |                          |    |
|------|--------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 腎    | 尿回数の変化: □増 □減                  | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 尿の色調変化(                      ) | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 神経・筋 | 手足の痺れ                          | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 脛が重い                           | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 手足の脱力感                         | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 目    | 白目が黄色になる                       | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 二重に見える                         | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 目が充血する                         | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
| 皮膚   | 皮膚がただれる(口腔など)                  | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 広範囲の紅斑、水ぶくれ                    | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 皮膚がかゆい                         | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |
|      | 発疹がある                          | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり |

●服薬状況の確認、支持療法の評価(外用剤も含む)

|                                                                                                                                                                  |                  |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|
| 経口抗がん剤または支持療法の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                             | 薬剤名: チラーヂンS錠25μg | 残薬: ○錠 |
| 服薬状況の確認: <input checked="" type="checkbox"/> 継続服用できている <input type="checkbox"/> 継続服用できていない <input type="checkbox"/> その他(                      )                  |                  |        |
| 継続服用できていない理由: <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の理解不足 <input type="checkbox"/> その他(                      ) |                  |        |
| 前回処方となったチラーヂンS錠は副作用や飲み忘れなく服用されていました。                                                                                                                             |                  |        |

●その他特記事項(処方提案、症状の詳細、他院での処方薬など)

投与7日目に電話にて問診を行いました。食事摂取や体重の変化はなく、その他確認した事項では症状はなかったようです。患者さまのお時間の関係上、尿の色調変化以降は確認が取れませんでした(前回と比較して変わりはないようです)。受診時にご確認いただけると幸いです。よろしくお願いいたします。