

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター がん化学療法トレーニングレポート

◆緊急性がある場合や、重篤な副作用が疑われる場合は患者さんへ病院に連絡や受診することをお勧めください◆

薬剤名	免疫チェックポイント阻害薬（薬剤名： _____）		
処方医	科 _____ 先生 御机下	処方日	年 _____ 月 _____ 日
診察券番号		報告日	年 _____ 月 _____ 日
患者氏名	_____ 様	聞き取り日	年 _____ 月 _____ 日
患者生年月日	年 _____ 月 _____ 日	聞き取り方	<input type="checkbox"/> 来局 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> リモート
薬局・医療機関名		情報提供の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ないが必要と判断
ご担当者/ご連絡先		受診勧奨の有無	<input type="checkbox"/> あり（ _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> なし

【免疫関連副作用の症状チェック】

関連部位	症状	関連部位	症状	関連部位	症状
全身症状	<input type="checkbox"/> 痛み 場所： _____	呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ	神経 筋肉	<input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> ふるえ
	<input type="checkbox"/> 発熱（腋窩37.5℃以上）		<input type="checkbox"/> 痰が絡まない咳		<input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> まぶたがさがる
	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 食事量の減少	尿	<input type="checkbox"/> 尿が赤褐色（コーラの色）	皮膚	<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> かゆみ
	<input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下		<input type="checkbox"/> 尿量減少 <input type="checkbox"/> 尿量増加		<input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 水ぶくれ
	血圧： _____	ホルモン	<input type="checkbox"/> 動悸	口・くちびる	場所： _____
胃腸	<input type="checkbox"/> 血便、黒色便		<input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり		<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> ただれ
	<input type="checkbox"/> 1日4回以上排便・下痢が増加		<input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> イライラ	眼	
	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐： _____ 回/日		<input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 水分の多飲		見え方： _____

抗腫瘍薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（飲み忘れ回数 _____ 回） 特記事項： _____
支持療法薬のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（飲み忘れ回数 _____ 回） 特記事項： _____

< 情報提供自由記載欄（その他副作用、支持療法薬の効果、患者心理状態、提案事項など） > * 別紙にて添付可

病院からの返信は、こちらで必要性が高いと判断した場合に行わせていただきます。