

イミフィンジ+ イジユド 療法 / イミフィンジ療法 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

「点滴日から14～18日目」を目安に電話で確認をお願いします。

FAX送信先：島根大学医学部附属病院 医師クラーク室 0853-88-3042

患者ID・氏名	ID: _____ 氏名: _____	聞き取りした方	患者さん本人 / ご家族 / その他介護者
処方・依頼医	診療科: _____ 医師名: _____	薬局名	_____
確認日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告薬剤師名	_____
レジメン	イミフィンジ+イジユド 療法 / イミフィンジ療法	次回点滴日 クラーク記入	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 予定

【確認事項】 症状に関する報告⇒以下の内容を記載してください

症状	副作用項目	症状の有無	備考
発熱	間質性肺炎	無・有（体温38℃以上）	体温（ _____ ℃）
咳嗽	間質性肺炎	無・有（増悪）	
息苦しさ	間質性肺炎、心筋炎	無・有（増悪）	
頭痛	脳炎、髄膜炎 副腎機能障害 等	無・有（増悪）	
動悸、めまい	心筋炎	無・有（増悪）	
胸痛	心筋炎	無・有（増悪）	
倦怠感	甲状腺機能障害 副腎機能障害 等	無・有（日常生活に支障あり）	
悪心・嘔吐	副腎機能障害 脳炎、髄膜炎 等	無・有（水分・食事摂取不可能）	頻度（ _____ 回/日）
食欲不振	大腸炎、肝機能障害 副腎機能障害 等	無・有（水分・食事摂取不可能）	前回受診日からの体重減少 （- _____ kg）
むくみ	腎機能障害、心筋炎 甲状腺機能障害 等	無・有（日ごとに増悪）	前回受診日からの体重増加 （+ _____ kg）
下痢	大腸炎	無・有（4回/日以上、血便や腹痛を伴う）	頻度（ _____ 回/日）
腹痛	大腸炎、消化管穿孔	無・有（日ごとに増悪）	
口渇・多飲	1型糖尿病	無・有（倦怠感を伴う）	
血尿	腎機能障害	無・有（肉眼的に血尿がある）	
手足に力が入らない	ギランバレー症候群 重症筋無力症 等	無・有（日ごとに増悪）	
まぶたが下がる	重症筋無力症	無・有（日ごとに増悪）	
視力異常	ぶどう膜炎	無・有（日ごとに増悪）	
発疹	皮膚障害	無・有（びらん・水泡あり）	
皮膚のかゆみ	皮膚障害、肝機能障害	無・有（我慢できない）	
皮膚色の変化	皮膚障害	無・有（黄色）	
その他			

【薬局からの情報提供】 お薬服用の指導に関する情報（指導の要点や併用薬剤等） 有 無

【その他、特記すべき事項・薬剤に対する提案】 例) 上記以外に気になる点がある、お金のことなど

患者様の希望により、テレフォンフォローアップは実施しません。

【返信欄】

- | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 主治医の判断にて経過観察します | <input type="checkbox"/> 病院薬剤師による指導にて対応しました |
| <input type="checkbox"/> 受診勧奨を行いました | <input type="checkbox"/> MSWにて対応を行いました |
| <input type="checkbox"/> 次回受診時に主治医に報告します | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |