

オプジーボ + ヤーボイ 療法 / オプジーボ 療法 (2週間隔・4週間隔) 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

オプジーボ + ヤーボイ 療法: 「点滴日から10-14日目」、オプジーボ 療法2週間隔「点滴日から8-10日目」
オプジーボ 療法4週間隔「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	オプジーボ + ヤーボイ 療法 / オプジーボ 療法 (2週間隔・4週間隔)	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 (増強)	
息苦しさ	間質性肺炎、心筋炎	無・有 (増強)	
頭痛	脳炎、髄膜炎 副腎機能障害 等	無・有 (増強)	
動悸、めまい	心筋炎	無・有 (増強)	
胸痛	心筋炎	無・有 (増強)	
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、テレフォンプ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 (_____) |