

イブランス：トレーシングレポート

送付先

電話目安：処方日から7～10日目頃

北海道がんセンター薬剤部 調剤室

FAX：011-805-0240

報告日： 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【副作用確認】 ※該当する症状に☑をしてください

☐間質性肺炎☐発熱 ☐空咳 ☐息切れ（労作時）☐下痢☐内炎を伴う下痢 ☐水分摂取不可 ☐激しい腹痛を伴う下痢 ☐激しい倦怠感☐貧血☐めまいで生活への支障あり

上記の症状を確認した場合、**「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」**その上でFAX 対応をお願い致します。

【確認事項】

●☐内炎→ なし・あり（Grade： ）（症状 ）・痛み→ なし・あり（ステロイド外用薬の必要性 なし・あり）・経口摂取への影響→ なし・あり・うがいの状況→1日 回（食塩水・ハチアズレ・ ）●☐悪心→ なし・あり（Grade： ）・食事摂取への影響→ なし・あり・制吐剤の使用状況→1日 回（効果 あり・なし）●☐倦怠感→ なし・あり（Grade： ）（日常生活への支障 なし・あり）●☐下痢→ なし・あり（Grade： ）（1日 回・BS ）・下痢止めの使用状況→1日 回（効果 あり・なし）

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。