

アフニートル：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

☐ 口内炎を伴う下痢 ☐ 水分摂取不可 ☐ 激しい腹痛を伴う下痢 ☐ 激しい倦怠感

☐ 腎不全

☐ 尿量減少 ☐ 浮腫

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】

●口内炎→ 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・ ）

●皮膚症状→ なし・あり（Grade： ）

・部位（顔・頭・爪・胸部・体幹・他： ）

・症状（痒み・皮疹・乾燥・他： ）

・保湿剤の使用→ なし・あり（ ）

・ステロイド外用剤の使用→ なし・あり（ ）

●口渇→ 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