

ヴォトリエント：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から7日目頃

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○を記載してください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

間質性肺炎		発熱	下痢		1 日 8 回の下痢
		空咳			腹痛を伴う下痢
		息切れ（労作時）			血便・黒色便
手足症候群		水疱ができています			激しい嘔吐
		出血している	血圧		水分摂取不可
		痛みで歩行困難			激しい倦怠感
		痛みで手が使えない			頭痛、めまいがある
倦怠感		身の回りのことができない			ふらつきがある

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。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

ステロイド軟膏、保湿剤、ロペラミド等の使用方法、使用状況など

【特記事項】