

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。