



報告日: 年 月 日

特定薬剤管理指導加算2に係る情報提供書 (免疫関連有害事象: irAE)

このFAXによる報告は疑義照会ではありません。
緊急性があると考えられる場合には、直接、処方診療科に電話連絡してください。

患者 ID:	保険薬局(名称・所在地)
患者氏名:	名称:
生年月日: 年 月 日	所在地:
診療科:	電話:
処方医名:	FAX:
	担当薬剤師名:
報告情報 取得日: 年 月 日	
情報提供者: 本人・家族()、その他()	
聞き取り状況: 服薬指導時・訪問時・患者から電話の問い合わせ・その他()	
聞き取り日時: 年 月 日	
患者レジメ:	
対象薬剤:	病院への情報提供についての承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
該当処方: 年 月 日	承諾者: <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家族()、その他()
該当する症状に☑を入れてください。	
有害事象	症状
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 咳が増えた <input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱
大腸炎・下痢	<input type="checkbox"/> 下痢が続く <input type="checkbox"/> 便に血が混じる
重症筋無力症・筋炎	<input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 筋肉痛がある
心筋炎	<input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> むくみや体重増加がある <input type="checkbox"/> 動悸がする
1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 喉がひどく乾く <input type="checkbox"/> 尿量が増える
内分泌障害	<input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲が落ちる <input type="checkbox"/> 吐き気が続く
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 発疹がある <input type="checkbox"/> かゆみがある
神経障害	<input type="checkbox"/> 手足のしびれがある <input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じる
静脈血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 足にむくみや腫れがある
報告有害事象の詳細、薬剤師としての提案等	
※必要に応じて別添様式の「自覚症状のGrade評価と症状発現時の対処法」に記入し、併せて送付してください。	
薬剤局チェック欄 <input type="checkbox"/> 内容確認(カルテ記載、医師連絡) <input type="checkbox"/> カルテ取り込み	

(別添様式) 自覚症状のGrade評価と症状発現時の対処法

該当する症状に☑を入れてください。

症状	Grade			
	0	1	2	3
呼吸困難 (息苦しい)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 階段や坂道を登る際に息切れがある	<input type="checkbox"/> ゆっくり歩行した際に息切れはあるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> 息切れのため、身の回りのことができない
浮腫	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 夕方にむくみがある	<input type="checkbox"/> 朝も改善しないむくみがある	<input type="checkbox"/> 急激なむくみと体重増加があり、身の回りのことができない
倦怠感 (体のだるさ)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 動くのだるいが休むと回復する	<input type="checkbox"/> いつもだるさがあるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> だるさのため、身の回りのことができない
食欲不振	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 食欲低下を感じるが、食事は変わらない	<input type="checkbox"/> 食欲低下を感じ、食事が減った	<input type="checkbox"/> ほとんど食べられない
嘔吐	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1日に1~2回吐く	<input type="checkbox"/> 1日に3~5回吐く	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上吐く
下痢	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日1~3回下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日4~6回下痢が増えた	<input type="checkbox"/> 普段と比べ1日に7回以上下痢が増えた
手足のしびれ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 手足に違和感がある	<input type="checkbox"/> しびれを感じるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> しびれのため、身の回りのことができない
筋力低下	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じる	<input type="checkbox"/> 筋力低下はあるが、日常生活はできる	<input type="checkbox"/> 強い筋力低下のため、身の回りのことができない
対処法 (患者への指導)	症状が続く場合は、病院に相談してください。		病院に相談してください。	速やかに病院に連絡してください。病院の指示に従い、受診してください。

【Grade評価後の対応】 (該当する箇所に☑を入れてください。)

Grade2以下の症状あり

→ 経過観察

次回の受診時に病院に相談するよう勧めた

すぐに病院へ連絡・相談するよう勧めた

その他()

Grade3以上の症状あり

→ 医師へ直接連絡した

すぐに病院へ連絡・受診することを勧めた

その他()

【その他】