

施設間情報提供書(免疫チェックポイント阻害剤)

作成日

様の薬学的管理事項について連絡申し上げます。

確認日

生年月日:

緊急連絡先: 072-781-3712(代表)
薬剤部化学療法担当まで
FAX: 072-781-3767

コンプライアンス: 良好 ・ 不良

チェック項目(投与前と比較して塗りつぶしてある項目に該当する場合は病院へ電話連絡)

全般	発熱(腋窩37.5度以上)	なし	あり	
	悪心・嘔吐、食欲不振	あり(飲食可)	あり(飲水のみ可)	あり(飲食できない)
	倦怠感、疲労	だるい、元気がない 休息により軽快	休息によって軽快しない 身の回り以外の日常生活動作に制限がある	休息によって軽快しない 身の回りの日常生活動作に制限がある
	痛み(頭、腹、体、手足)	なし	あり	
呼吸器	間質性肺炎	痰の絡まない咳がでる、軽動作で息切れ、呼吸苦が持続する		
消化器	下痢(日常の排便回数に加えて)	1-3回/日	4-6回/日	7回/日以上
	血便・黒色便	なし	あり	
内分泌	口渇	なし	あり	
	動悸	なし	あり	
	気分がうつろ	なし	あり	
	体重減少	なし	あり	
神経・筋	手足の痺れ	なし	あり	
	まぶたが重い	なし	あり	
	手足に力が入らない	なし	あり	
皮膚	粘膜のただれ(口腔、目など)	なし	あり	
	赤い斑点や水疱	なし	あり	
腎	尿の色調変化(褐色、血尿)	なし	あり	
	浮腫	なし	あり	
	尿量の減少	なし	あり	
眼	眼の症状(目のかすみ、複視、充血、見にくいなど)	なし	あり	

その他特記事項

(施設名)
(住所) 〒

(TEL)
(担当薬剤師)