FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

東北大学病院　御中 　　 報告日：　20　　年　　　月　　　日

**【免疫チェックポイント阻害薬】服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科  　先生　御机下 | 保険薬局名：  所在地：〒 |
| 電話番号： |
| 患者ID：  患者名：  様 | FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  （かかりつけ薬剤師　　　非　） |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |
| MMWIN関連情報　（ MMWIN登録患者　（ 検査値　 カルテ情報　 その他（　　　　　　　　　））  \*:当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。 | |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【ICI名】 | （ ） | | | |  | 投与中 | | |  | 投与歴あり（投与時期: 年 月） | | | | |
| 【確認時期】 |  | 外来服薬指導時 |  | 電話確認時（確認日: ） | | | | | | | | | | |
| **【副作用モニタリング】** | ※ 網掛けの症状は病院へ連絡するよう患者に促してください。患者が連絡できない場合は薬局から病院へ連絡をお願いします。  ☐連絡を促した ☐薬剤師が代理で連絡（連絡先:　　　　　　　　　　　　） →いずれの場合もトレーシングレポートを送付願います。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 間質性肺炎 |  | なし |  | 息苦しい | | |  | 乾いた咳がとまらない | | |  | 発熱(37.5℃以上) |
|  | 大腸炎・下痢 |  | なし |  | 腹痛 | | |  | 下痢が続く | | |  | 便に血が混じる |
|  | 重症筋無力症・ |  | なし |  | 手足に力が入らない | | |  | まぶたがさがってくる | | |  | 物が二重に見える |
|  | 筋炎 |  |  |  | 筋肉痛がある | | |  |  | | |  |  |
|  | 1型糖尿病 |  | なし |  | のどがひどく渇く | | |  | 水を多く飲む | | |  | 尿量が増えた |
|  | 心筋炎 |  | なし |  | 息苦しい | | |  | むくみ・体重増加 | | |  | 動悸 |
|  | 内分泌障害 |  | なし |  | 倦怠感 | | |  | 体重の増減 | | |  | 行動変化 |
|  |  |  |  |  | 悪心・食欲不振 | | |  | 飲み込みづらい | | |  | (物忘れ、イライラ等) |
|  | 静脈血栓塞栓症 |  | なし |  | むくみや腫れ | | |  | 胸の痛み | | |  |  |
|  | 皮膚障害 |  | なし |  | 発疹あり | | |  | かゆみ | | |  |  |
|  | 神経障害 |  | なし |  | 手足のしびれ | | |  | 力の入りにくさがある | | |  |  |
|  | ぶどう膜炎 |  | なし |  | 目が見えにくい | | |  | かすみ目 | | |  | 虫が飛んでいるように見える |
|  | その他の症状 | ( ) | | | | | | | | | | | |
| その他報告事項 |  | 服薬状況 |  | 服薬指導内容 | | |  | 残薬報告 | | |  | ( ) | | |
| 【薬剤師としての所見】  **提案事項あり** | | | | | | | | | | | | | | |

**（2024年1月更新）**