



治療情報提供書(保険薬局⇒兵庫医大病院)

免疫チェックポイント阻害薬(ICI)

処方医:	科	保険薬局名:
	先生	所在地:
情報提供書受取日:	年 月 日	電話番号:
患者ID:		FAX番号:
患者名:	<input type="checkbox"/> 男 様 <input type="checkbox"/> 女	担当薬剤師名:
生年月日:西暦	年 月 日 ( 歳)	印
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。		

【治療レジメン】( ) ( )コース目 Day ( )

【確認日】 年 月 日  本人  家族  その他:

投薬時  電話フォローアップ時  患者からの問い合わせ  その他:

● 病院への情報提供が必要と判断した場合は、FAXをお願いいたします。

● 緊急性のある場合は、医師に連絡、または患者より医師に連絡するようにしてください。

	症状	なし	あり		症状	なし	あり
全身	38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神経・筋	手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事の量に関わらない体重の増加・減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		手足に力が入らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	動悸、脈拍の乱れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		まぶたが上がらない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	日常生活に支障のある倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ものが二重に見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ぼやけたり、霧がかかったように見える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		歩けない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	空咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		飲み込めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内分泌	傾眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ろれつが回らない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	無月経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		顔の筋肉が動かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口渴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	多飲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	赤褐色尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	尿の量や回数が増える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体表面積30%以上の皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
消化器	嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水ぶくれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便に無関係に持続する腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚もしくは粘膜のただれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹膜刺激症状がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚や白目が黄色くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1日4回以上の下痢もしくは排便の増加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他ひどい皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	血便、黒色便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

【その他情報提供】

返信欄(兵庫医科大学病院記載)

報告内容を確認し、医師と情報共有を行いました。 兵庫医科大学病院 薬剤部

その他: 薬剤師 \_\_\_\_\_

注意: FAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

疑義照会・処方提案は、処方医に直接行ってください。

休診日の場合、治療情報提供書の確認・評価にお時間をいただきますことを予めご了承ください。