

インライタ：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から7日目頃

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○を記載してください

これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

|       |  |              |    |    |         |
|-------|--|--------------|----|----|---------|
| 間質性肺炎 |  | 発熱           | 下痢 |    | 1日8回の下痢 |
|       |  | 空咳           |    |    | 腹痛を伴う下痢 |
|       |  | 息切れ（労作時）     |    |    | 血便・黒色便  |
| 手足症候群 |  | 水疱ができています    | 下痢 |    | 激しい嘔吐   |
|       |  | 出血している       |    |    | 水分摂取不可  |
|       |  | 痛みで歩行困難      |    |    | 激しい倦怠感  |
|       |  | 痛みで手が使えない    |    | 血圧 |         |
| 倦怠感   |  | 身の回りのことができない |    |    | ふらつきがある |

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。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

**ステロイド軟膏、保湿剤、ロペラミド等の使用方法、使用状況など**

【特記事項】