FAX:011-231-2272
斗南病院　薬剤部

チロシンキナーゼ阻害薬(血液内科・GIST)に関するトレーシングレポート

服薬フォローを行いましたのでご報告いたします。
緊急を要する場合は処方科に直接電話連絡してください。

患者 ID:	保険薬局名：
患者氏名：	保険薬剤師名： 住所： TEL： FAX：
生年月日：　　年　　月　　日　生	
診療科：	
処方医師名	

確認日：　　年　　月　　日

□イマチニブ（グリベック）　□スプリセル　□タシグナ　□ボシュリフ　□アイクルシグ　□セムブリックス
アドヒアランス□　良　□　不良（飲み忘れ回数：　回　その他　　）
日常生活に支障がある、あるいは緊急を要する症状：グレー部分は基本的に病院にすぐ連絡

確認した副作用の項目にチェックして症状と Grade を記載してください

症状	発現時期 (day 表記)	内容	Grade
□腔粘膜炎		痛み□　あり（食事は普段通りできる　□ なし □ あり（食事に工夫が必要 or 食事ができない）	
食欲不振		食事量の変化：□ あり（普段より　　割減）　□ なし □薬を服用しても症状が改善せず、食事不可	
悪心・嘔吐		体重減少：□ あり（　kg 減）　□ なし　嘔吐回数：　　回／日 □薬を服用しても症状が改善せず、食事不可	
便秘・下痢		排便間隔：　　日に１回　　下痢(泥状・水様):　　回/日以上 性状：コロコロ・硬い・やや硬い・普通・やや柔らかい・泥状・水様 □下痢止めを服用しても通常+4 回以上の下痢が改善しない	
皮疹		部位： □ 痛みがあり痒くて眠れない	
浮腫・胸水		部位：　　体重増加（浮腫前と比較：＋　kg） □呼吸苦、乾いた咳、痛みを伴う場合は病院に連絡	
血圧		□問題なし　□収縮期血圧≧140mmHg □収縮期血圧≧160mmHg 以上かつ頭痛などの自覚症状を伴う血圧上昇	
倦怠感		□ 生活に変化なし　□ 日常生活に影響あり	
膵炎		□上腹部の痛み、嘔気・嘔吐、背部痛	
高血糖 （タシグナ）		□症状あり（□喝、のどの渇き、1-2hr ごとの多飲、多尿、体重減少などの自覚症状）	
感染徴候 （悪寒・発熱）		□なし　□あり（無症状） □あり（悪寒、戦慄を伴う発熱の場合は病院に連絡）	
血管閉塞性事象 （アイクルシグ）		□なし □あり（胸痛、四肢痛、片麻痺、視力低下、息切れ、しびれなど狭心症や脳梗塞症状が疑われる）	

その他病院へ連絡事項

返信用(医師は内容確認後　対応を選択)

□経過観察　　□患者に連絡　　□次回検討　　□その他