

## 【免疫チェックポイント阻害薬】特定薬剤管理指導加算2に係る情報提供書

医療機関名	大阪鉄道病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	保険薬剤師氏名	印
		TEL	FAX

患者ID		処方箋発行日	年 月 日
患者氏名		調剤年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	性別	男性 ・ 女性
患者同意	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 署名 _____		

### 1. 聞き取り状況 (情報提供の対象レジメン名： \_\_\_\_\_ )

聞き取り日： 年 月 日

聞き取り方法：電話、SMS(ショートメッセージサービス)、その他

### 2. 免疫関連有害事象(irAE)の状況 (下記症状の「なし」または「あり」に○を付けて下さい)

- ◆**間質性肺炎** 主な症状：発熱、空咳、息切れや息苦しさ  
症状(なし・あり)
- ◆**大腸炎** 主な症状：腹痛、下痢が続く、赤っぽい便が出る(血便)  
症状(なし・あり)
- ◆**1型糖尿病・糖尿病性ケトアシドーシス** 主な症状：口が渇く、喉が渇く(多飲)、多尿  
症状(なし・あり)
- ◆**重症筋無力症/筋炎** 主な症状：手足に力が入らない、筋肉痛、瞼が下がる、ものが二重に見える  
症状(なし・あり)
- ◆**甲状腺機能低下/亢進症、副腎機能不全** 主な症状：倦怠感、悪心、食欲不振、むくみ  
症状(なし・あり)
- ◆**皮膚障害** 主な症状：発疹、掻痒感、皮膚が赤くなる、水ぶくれ、唇などのただれ  
症状(なし・あり)
- ◆**肝機能障害・肝炎** 主な症状：倦怠感、皮膚や白目が黄色くなる  
症状(なし・あり)
- ◆**腎機能障害** 主な症状：尿が少ない、尿の色が赤い、むくみ  
症状(なし・あり)
- ◆その他の症状(フリー記載)  
( \_\_\_\_\_ )

左記の症状が見られたら、  
外来受診をお勧め下さい。  
→  受診を勧めた  
詳しい症状など(フリー記載)

左記の症状が見られたら、  
必要に応じて外来受診を  
お勧め下さい。  
→  受診を勧めた  
詳しい症状など(フリー記載)

### 3. その他 (治療上の悩みや不安、服薬状況、副作用の補足、処方・検査提案など)

フリー記載