

トレーシングレポート (ステロイド)



送信先

大阪国際がんセンター DI室
がん薬薬連携窓口
FAX 06-6945-1290

《注意》 この用紙は疑義照会ではありません。 報告日： 年 月 日
医師への疑義照会・緊急時は電話で行ってください。

がんセンター ID		保険 薬局名	
患者名		薬剤師名	
医師名		FAX	

※ 患者さんより、FAX送信の同意を 得た。 得ていない。

副作用モニタリング実施		該当する症状に☑してください
感染症	<input type="checkbox"/>	普段より息切れがある(肺炎のうたがひ)
	<input type="checkbox"/>	ピリピリとした痛み・水ぶくれの湿疹(帯状疱疹の疑い)
	<input type="checkbox"/>	下痢(腸炎の疑い)
骨粗鬆症	<input type="checkbox"/>	鼠径部に痛みがある
胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	心窩部痛がある
	<input type="checkbox"/>	血便・黒色便
糖尿病	<input type="checkbox"/>	口渇・多飲(3~5L)・多尿
高血圧	<input type="checkbox"/>	血圧上昇・高血圧継続
精神症状	<input type="checkbox"/>	イライラ感・不眠・気分の落ち着き・意識障害・認知機能低下
副腎不全	<input type="checkbox"/>	発熱・頭痛・食欲不振・悪心・関節痛・筋肉痛・体重減少・倦怠感
緑内障・白内障	<input type="checkbox"/>	目の見えにくさ・目の痛み

※ 直接医師に連絡した 患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた 報告のみ

特記事項

返信欄

ご報告ありがとうございます。
 医師に連絡しました。
 その他



担当薬剤師

大阪国際がんセンター 薬局