

【ACモニタリングシート】

患者ID： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_

副作用を含め、至急の対応が必要と思われる場合疑義照会をお願いします

イレッサ・タルセバ・ジオトリフ				いいえの場合はこちらの項目にもご記入下さい
受診日	年 月 日	□ご本人 □ご家族		
チェック項目				
コンプライアンス	コンプライアンスよく服用できている	□はい □いいえ		*可能な限り詳細な連絡をお願いします(その他に記載)
アゾール系抗真菌剤	アゾール系抗真菌剤を服用していない(ジオトリフを除く)	□いいえ		*可能な限り詳細な連絡をお願いします(その他に記載)
マクロライド系抗生物質	マクロライド系抗生物質を服用していない(ジオトリフを除く)	□いいえ		
リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピン	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンを服用していない(ジオトリフを除く)	□いいえ		
間質性肺炎	乾いた咳や息苦しいことはなかった	□はい □いいえ		発熱 38℃、咳、労作時に息切れがあった □はい □いいえ
下痢	下痢は無かった	□はい □いいえ		1日4回以上の下痢をした □はい □いいえ
口内炎	口の中に痛みは無くいつも通り食事が取れている	□はい □いいえ		口の中に痛みがありいつもの食事が取れない □はい □いいえ
ざ瘡様皮疹	ニキビの様なぶつぶつは無かった	□はい □いいえ		赤や黄色っぽいぶつぶつができている □はい □いいえ
皮膚症状	皮膚の乾燥・かゆみは無かった	□はい □いいえ		広い範囲で皮膚の赤みや腫れ、かゆみがある □はい □いいえ
爪囲炎	爪周囲の赤みや腫れ、皮膚剥離は無かった	□はい □いいえ		赤みや腫れで痛み、かゆみがある □はい □いいえ
その他				

記入日 \_\_\_\_\_ 調剤薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_

# 副作用の出現時期（イメージ）

