

	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38℃以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り、体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹の張りがあり、激しい痛みもある
眼の症状(1)	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 涙があふれて止まらない	<input type="checkbox"/> 目やにがあり、物が見えにくい
眼の症状(2)	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
ざ瘡様皮膚炎	ニキビのような症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 顔に赤色や黄色のつぶつぶがでてきた	<input type="checkbox"/> 症状が、顔以外にも広がってきた
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
爪囲炎	爪のまわりの赤み・腫れは、なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり	<input type="checkbox"/> 左記症状に加え出血もみられた
発熱	熱はでなかった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5～38℃の発熱があった。	<input type="checkbox"/> 38℃以上の発熱が2日以上続いた
血圧	<input type="checkbox"/> アバステン併用 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが、体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
レジメン					
その他					
特記事項					

ゼローダ	診察日2018年2月14日 <input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
下痢	下痢はなかった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	吐いた日はなかった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input checked="" type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
血圧	<input type="checkbox"/> アバスチン併用 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> ゼローダA法又はB・C法 <input checked="" type="checkbox"/> XELOX <input type="checkbox"/> XERILI				
その他特記事項	手よりも足底が赤く腫れあがり、痛みもかなりありました。 アンテベート軟膏からデルモベート軟膏への変更しました。ゼローダが10錠残っていましたので、13日分となっております。よろしくお願ひします。				

*青い項目：トレーシングレポート

*赤い項目：疑義照会

作成日：2019年3月31日

ゼローダ

ゼローダ	診察日2018年2月14日 <input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
下痢	下痢はなかった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	吐いた日はなかった	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input checked="" type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
血圧	アバスチン併用 収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> ゼローダA法又はB・C法 <input checked="" type="checkbox"/> XELOX <input type="checkbox"/> XERILI				
特記事項	手よりも足底が赤く腫れあがり、痛みもかなりありました。 アンテベート軟膏からデルモベート軟膏への変更しました。ゼローダが10錠残っていましたので、13日分となっております。よろしく申し上げます。				

*青い項目：トレーシングレポート

*赤い項目：疑義照会

2019/4/27

ゼローダ

ゼローダ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
発熱	熱はでなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5～38°Cの発熱があった	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	アバステン併用 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> ゼローダA法又はB・C法 <input type="checkbox"/> XELOX <input type="checkbox"/> XELIRI <input type="checkbox"/> タイケルブ/ゼローダ				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

タイケルブ

タイケルブ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
発熱	熱はでなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5～38°Cの発熱があった	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

TS-1

TS-1	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
発熱	熱は、でなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5～38°Cの発熱があった	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
眼の症状	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 涙があふれて止まらない	<input type="checkbox"/> 目やにがあり、物が見えにくい
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
血圧	アバスチン併用 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】/【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> TS-1単剤 <input type="checkbox"/> SOX <input type="checkbox"/> SP (TS-1/CDDP) <input type="checkbox"/> TS-1/DTX <input type="checkbox"/> IRIS <input type="checkbox"/> TS-1/放射線				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ロンサーフ

ロンサーフ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
発熱	熱は、でなかった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5～38°Cの発熱があった。	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	アバスチン併用 収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> ロンサーフ単剤 <input type="checkbox"/> アバスチン併用				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

UFT

UFT	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
発熱	熱は、でなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5~38°Cの発熱があった	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
レジメン	<input type="checkbox"/> UFT単剤 <input type="checkbox"/> UFT/L-LV				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

スチバーガ

スチバーガ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

イレッサ

イレッサ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
ざ瘡様皮膚炎	ニキビのような症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 顔に赤色や黄色のつぶつぶがでてきた	<input type="checkbox"/> 症状が、顔以外にも広がってきた
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
爪囲炎	爪のまわりの赤み・腫れは、なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり	<input type="checkbox"/> 左記症状に加え出血もみられた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

タルセバ

タルセバ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
ざ瘡様皮膚炎	ニキビのような症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 顔に赤色や黄色のつぶつぶがでてきた	<input type="checkbox"/> 症状が、顔以外にも広がってきた
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
爪囲炎	爪のまわりの赤み・腫れは、なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり	<input type="checkbox"/> 左記症状に加え出血もみられた
血圧	アバスチン併用 収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
レジメン	<input type="checkbox"/> タルセバ単剤 <input type="checkbox"/> アバスチン併用				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

グリベック

グリベック	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
発熱	発熱はなかった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 37.5~38°Cの発熱があった。	<input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱が2日以上続いた
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ジオトリフ

ジオトリフ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
ざ瘡様皮膚炎	ニキビのような症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 顔に赤色や黄色のつぶつぶがでてきた	<input type="checkbox"/> 症状が、顔以外にも広がってきた
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
爪囲炎	爪のまわりの赤み・腫れは、なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり	<input type="checkbox"/> 左記症状に加え出血もみられた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

タグリッソ

タグリッソ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
ざ瘡様皮膚炎	ニキビのような症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 顔に赤色や黄色のつぶつぶがでてきた	<input type="checkbox"/> 症状が、顔以外にも広がってきた
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
爪囲炎	爪のまわりの赤み・腫れは、なかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり	<input type="checkbox"/> 左記症状に加え出血もみられた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ザーコリ

ザーコリ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
眼の症状	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
特記事項					

- * 青い項目：トレーシングレポート
- * 赤い項目：疑義照会

アレセンサ

アレセンサ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤を使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはりがあり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
眼の症状	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ジカディア

ジカディア	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
眼の症状	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ローブレナ

ローブレナ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

アフィニトール

アフィニトール	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみができた
血糖	インスリン使用患者血糖値確認				
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

インライタ

インライタ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ヴォトリエント

ヴォトリエント	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ステートメント

ステートメント	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみができた
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが、体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

スプリセル

スプリセル	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみができた
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが、体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

2019/4/27

タシグナ

タシグナ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみができた
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが、体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

テモダール

テモダール	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

2019/4/27

ネクサバル

ネクサバル	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1~2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみができた
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

イブランス

イブランス	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

ベージニオ

ベージニオ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

リムパーザ

リムパーザ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
皮膚症状	発疹・乾燥・かゆみ・じんま疹はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 皮膚が褐色に変化した	<input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わり、腫れ・かゆみがでてきた
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

レンビマ

レンビマ	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38°C以上もあった。
手足症候群	手のひらや足裏の痛み・腫れはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 腫れはあるが、痛みはない	<input type="checkbox"/> 腫れがあり、痛みもある
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
血圧	収縮期：「150」 拡張期「90」をこえていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	血圧：【 】 / 【 】	
特記事項					

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会

タフィンラー・メキニスト

タフィンラー・メキニスト	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38℃以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
眼の症状	眼に違和感は無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
特記事項	発熱の兆候あり。（だるさ、さむけ、発汗、体があつい）高熱の場合（38℃以上）は、疑義照会又は処方された施設へ連絡。				

*青い項目：トレーシングレポート

*赤い項目：疑義照会

ロズリートレク

ロズリートレク	診察日 年 月 日 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族			いいえの場合は、こちらにご記入ください	
副作用項目	ご自宅での症状（最近2週間）についてご記入ください				
間質性肺炎	空咳（乾いた咳）や息苦しいことは無かった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> 発熱が38℃以上もあった。
下痢	下痢はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢
便秘	便秘症状はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 緩下剤の使用により症状は改善した	<input type="checkbox"/> お腹のはり（張り）があり、激しい痛みもある
口内炎	痛みはなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 痛みがあるが、食事がとれる	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
悪心	体重に変わりなく普段通り食事がとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 食事の量が減っている	<input type="checkbox"/> 食事の量も減り体重も減った。
嘔吐	嘔吐はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 1日1～2回	<input type="checkbox"/> 1日3回以上
浮腫	浮腫みはなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 浮腫みはあるが、体重は変わらない	<input type="checkbox"/> 浮腫みもあり、体重も増えた
眼の症状	眼に違和感はなかった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 物が見えにくくなった	<input type="checkbox"/> 物が見えにくく、まぶしくなった
特記事項	心臓障害、QT間隔延長				

* 青い項目：トレーシングレポート

* 赤い項目：疑義照会