

# <目次>

P1	副作用項目
P2	記載例（ゼロータ）
P3	TS-1
P4	UFT
P5	アフィニトール
P6	アレセンサ
P7	イブランス
P8	イレッサ
P9	インライタ
P10	ヴォトリエント
P12	カボメティクス
P13	グリベック
P14	ザーコリ
P15	ジオトリフ
P16	ジカディア
P17	スーテント
P18	スチバーガ
P19	スプリセル
P20	ゼロータ
P21	ソスパタ
P22	タイケルブ
P23	タグリッソ
P24	タシグナ
P25	タフィンラー・メキニスト
P11	タルセバ
P26	テブミトコ
P27	テモダール
P28	ネクサバール
P29	ベージニオ
P30	リムパーザ
P31	レンビマ
P32	ローブレナ
P33	ロズリートレク
P34	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℃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

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

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

# 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

# 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

# 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

# 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



# 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

# 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

## カボメティクス

カボメティクス	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℃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・かゆみがでてきた
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

2020/8/5

# 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

# 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

# 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

2019/4/27

# 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



# 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

# 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

# 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"/> 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

# ゾスパダ

ゾスパダ	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・かゆみができた
特記事項	心臓障害、QT間隔延長、肝機能・腎機能障害				

\* 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

# 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

# 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



## 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

# 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
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

# テブミトコ

テブミトコ	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
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
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
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



## 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

# ネクサバール

ネクサバール	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。
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

# 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

# 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

## 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°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
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



# 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