

# 安全対策シート（トレーシングレポート） （レンバチニブ、ソラフェニブ、レゴラフェニブ用）

処方箋発行後、1週間後を目安に電話で確認をお願いします。  
緊急を要する症状（生活に支障をきたすような症状や顕著な血圧上昇など）と判断された場合、FAXに加え、直接処方医へ電話連絡をお願いします。

|                     |                                |              |  |
|---------------------|--------------------------------|--------------|--|
| 当院の患者ID             |                                |              |  |
| 患者氏名                |                                |              |  |
| 聞き取りした方             | 患者さん本人 / ご家族（続柄： ） / その他介護者（ ） |              |  |
| 確認日時                | 年 月 日                          | 時 分          |  |
| 薬局名                 |                                | 確認した<br>薬剤師名 |  |
| 本件の処方医への<br>電話連絡の有無 | あり ・ なし                        |              |  |

## 【確認事項①】 お薬の服用について

●お薬はしっかり飲めていますか？ （ はい ・ いいえ ）

⇒「いいえ」とお答えの方にお聞きます。

1.どのくらい残っていますか？ （ 飲めなかった量： 錠/ 日分 ）

2.飲めなかった理由はありますか？ ☐ 忘れていた ☐ 副作用がなかった ☐ その他（ ）

## 【確認事項②】 お薬によって起こる症状について

●前回来局時に比べて気になっている症状があれば記載してください。

| 症状                                                | 症状の程度                                                                                            | 主要項目           |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 血圧がいつもより高い             | 自宅血圧：「 」 / 「 」 mmHg<br>（目安：収縮期 $\geq$ 160mmHgまたは拡張期 $\geq$ 100mmHg）                              | 高血圧            |
| 2 <input type="checkbox"/> めまい・頭痛・吐き気             | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 高血圧            |
| 3 <input type="checkbox"/> 手や足に痛みや水ぶくれが<br>発現している | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 手足症候群          |
| 4 <input type="checkbox"/> むくみ                    | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 腎障害            |
| 5 <input type="checkbox"/> 尿の変化                   | 尿の泡立ちがいつもより消えにくい<br>（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                    | 尿蛋白            |
| 6 <input type="checkbox"/> 元気がない、疲れやすい            | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 疲労             |
| 7 <input type="checkbox"/> かすれ声になった               | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 嚁声<br>甲状腺機能低下症 |
| 8 <input type="checkbox"/> 手の麻痺やしびれ<br>しゃべりにくい    | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 血栓塞栓症          |
| 9 <input type="checkbox"/> 意識がぼーっとする<br>物忘れ       | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                            | 肝性脳症           |
| 10 <input type="checkbox"/> 下痢                    | 生活に支障をきたしている（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）<br>（目安：普段と比べて7回/日以上排便回数増加） | 下痢             |

## 【その他 特記事項】

例）お金のこと、上記以外に気になる症状がある など

|  |
|--|
|  |
|--|

FAX送信先：島根県立中央病院 薬剤局 0853-30-6634  
（※処方箋と一緒にトレーシングレポートの別紙としてFAXして下さい）