

免疫チェックポイント阻害薬を使用している場合の チェックシート（詳細版）

年 月 日 外来記載者（ ） / 化学療法室記載者（ ）					
患者氏名（ ）様 ID（ ）					
<input type="checkbox"/> バイタルサインチェック					
症状	<input type="checkbox"/> BT () °C	<input type="checkbox"/> 患者日誌記載の有無 (セルフケア状況確認)	記載有 ・ 記載無		
	<input type="checkbox"/> BP (/)				
	<input type="checkbox"/> HR ()				
	<input type="checkbox"/> SpO ₂ (%)				
<input type="checkbox"/> 実施検査チェック					
<input type="checkbox"/> 血液検査 (血液一般 ・ 生化学 ・ 凝固 ・ 免疫/血清学) <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 心エコー検査					
<input type="checkbox"/> XP (胸部 ・ 腹部)		<input type="checkbox"/> CT (P ・ E)			
<input type="checkbox"/> その他 ()					
		異常の有無			
<input type="checkbox"/> 呼吸器症状		<input type="checkbox"/> 糖尿病症状			
症状	<input type="checkbox"/> 咳嗽	有 ・ 無	症状		
	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 排痰	有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 痰の性状 ()		検査		
	<input type="checkbox"/> 肺雑音、異常呼吸音	有の場合、部位・音 ()			
検査	<input type="checkbox"/> SpO ₂ (%)		<input type="checkbox"/> 腎機能障害		
	<input type="checkbox"/> KL-6 正 ・ 異 (U/ml)				
<input type="checkbox"/> 内分泌症状 (甲状腺/下垂体)		症状	<input type="checkbox"/> 口渴	有 ・ 無	
検査	<input type="checkbox"/> 倦怠感		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 多飲	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 抑うつ症状		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 多尿	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 食欲不振		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 血糖値	正 ・ 異 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 低血圧		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> HbA1c	正 ・ 異 (%)
検査	<input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異 (pg/ml)		<input type="checkbox"/> 尿糖	正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)	
	<input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異 (ng/d)		<input type="checkbox"/> 尿ケトン	正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)	
	<input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異 (μIU/ml)				
<input type="checkbox"/> 肝機能障害		検査	<input type="checkbox"/> 眼障害/皮膚障害		
検査	<input type="checkbox"/> 黄疸		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 血尿	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> AST (GOT) 正 ・ 異 (U/L)			<input type="checkbox"/> 浮腫	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> ALT (GPT) 正 ・ 異 (U/L)			<input type="checkbox"/> BUN	正 ・ 異 ()
	<input type="checkbox"/> LDH 正 ・ 異 (U/L)			<input type="checkbox"/> Cre	正 ・ 異 (mg/d l)
	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン 正 ・ 異 (mg/dl)		<input type="checkbox"/> 尿たんぱく	正 ・ 異 (mg/d l)	
<input type="checkbox"/> 消化器症状 (大腸炎)		症状	<input type="checkbox"/> 筋・神経障害		
症状	<input type="checkbox"/> 下痢		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	有 ・ 無
	便回数 () / 日			<input type="checkbox"/> 四肢脱力	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 血便		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 腹痛		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 構音障害	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 嘔気	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> CK	正 ・ 異 (U/L)	
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 腹部蠕動音	低下 ・ 正常 ・ 亢進			
<input type="checkbox"/> 炎症所見		<input type="checkbox"/> 心臓の障害 (心筋炎)			
症状	<input type="checkbox"/> 発熱	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 不整脈	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> CRP/赤沈 正 ・ 異 (mg/dl)		<input type="checkbox"/> 心筋梗塞様胸痛	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> WBC 正 ・ 異 (/μL)		<input type="checkbox"/> 心不全	有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 特記事項					
<input type="checkbox"/> 他科受診の必要性 (必要あり ・ 必要なし)					
<input type="checkbox"/> 診療科 (科 医師)					
免疫細胞投与の可否 可 ・ 否 医師サイン () / 確認者サイン ()					