

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 <sub>2</sub> ( %)				
<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"/> OCT ( P ・ E )			
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
		異常の有無	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 <sub>2</sub> ( % )		<input type="checkbox"/> 血糖値 正 ・ 異 ( mg/dl)		
	<input type="checkbox"/> KL-6 正 ・ 異 ( U/ml)		<input type="checkbox"/> HbA1c 正 ・ 異 ( %)		
<input type="checkbox"/> 内分泌症状 (甲状腺/下垂体)		検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)		
検査	<input type="checkbox"/> 倦怠感		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 尿ケトン 正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ症状		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 腎機能障害	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振		有 ・ 無	症状	<input type="checkbox"/> 血尿 有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 低血圧		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 浮腫 有 ・ 無	
検査	<input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異 ( pg/ml)		<input type="checkbox"/> BUN 正 ・ 異 ( )		
	<input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異 ( ng/d)		<input type="checkbox"/> Cre 正 ・ 異 ( mg/d l)		
	<input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異 ( μIU/ml)		<input type="checkbox"/> 尿たんぱく 正 ・ 異 ( mg/d l)		
<input type="checkbox"/> 肝機能障害		<input type="checkbox"/> 眼障害/皮膚障害			
検査	<input type="checkbox"/> 黄疸	有 ・ 無	検査		
	<input type="checkbox"/> AST (GOT) 正 ・ 異 ( U/L)			症状	
	<input type="checkbox"/> ALT (GPT) 正 ・ 異 ( U/L)			<input type="checkbox"/> 視覚異常 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> LDH 正 ・ 異 ( U/L)			<input type="checkbox"/> 掻痒感 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン 正 ・ 異 ( mg/dl)			<input type="checkbox"/> 皮疹 有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 筋・神経障害		<input type="checkbox"/> 筋・神経障害			
症状	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	有 ・ 無	検査		
	<input type="checkbox"/> 四肢脱力	有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂	有 ・ 無			
	<input type="checkbox"/> 構音障害	有 ・ 無	検査		
	<input type="checkbox"/> CK 正 ・ 異 ( U/L)				
	<input type="checkbox"/> 消化器症状 (大腸炎)			<input type="checkbox"/> 心臓の障害 (心筋炎)	
	<input type="checkbox"/> 下痢	有 ・ 無		検査	
<input type="checkbox"/> 便回数 ( ) /日					
<input type="checkbox"/> 血便	有 ・ 無				
<input type="checkbox"/> 腹痛	有 ・ 無				
検査	<input type="checkbox"/> 嘔気	有 ・ 無	検査		
	<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"/> 特記事項	
検査	<input type="checkbox"/> 発熱	有 ・ 無	検査		
	<input type="checkbox"/> CRP/赤沈 正 ・ 異 ( mg/dl)				
	<input type="checkbox"/> WBC 正 ・ 異 ( /μL)				
<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 ( )					