

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"/> 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 ・ 無 有の場合、部位・音 () | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> SpO ₂ (%) | | <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) | | <input type="checkbox"/> 腎機能障害 | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 | 有 ・ 無 | 症状 |
| | <input type="checkbox"/> 抑うつ症状 | 有 ・ 無 | |
| | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | 有 ・ 無 | 検査 |
| | <input type="checkbox"/> 低血圧 | 有 ・ 無 | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異 (pg/ml) | | <input type="checkbox"/> 血尿 有 ・ 無 |
| | <input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異 (ng/d) | | <input type="checkbox"/> 浮腫 有 ・ 無 |
| | <input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異 (μIU/ml) | | <input type="checkbox"/> BUN 正 ・ 異 () |
| <input type="checkbox"/> 肝機能障害 | | <input type="checkbox"/> 筋・神経障害 | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 黄疸 | 有 ・ 無 | 症状 |
| | <input type="checkbox"/> AST (GOT) 正 ・ 異 (U/L) | | |
| | <input type="checkbox"/> ALT (GPT) 正 ・ 異 (U/L) | | |
| | <input type="checkbox"/> LDH 正 ・ 異 (U/L) | | |
| | <input type="checkbox"/> 総ビリルビン 正 ・ 異 (mg/dl) | | |
| <input type="checkbox"/> 消化器症状 (大腸炎) | | <input type="checkbox"/> 心臓の障害 (心筋炎) | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 下痢 | 有 ・ 無 | 症状 |
| | 便回数 () /日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 血便 | 有 ・ 無 | |
| | <input type="checkbox"/> 腹痛 | 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 特記事項 |
| | <input type="checkbox"/> 嘔気 | 有 ・ 無 | |
| | <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 | | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 | 有 ・ 無 | |
| | <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 () | | | |