

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	<input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 不整脈 有 ・ 無
	便回数 () /日		
	<input type="checkbox"/> 血便 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 腹痛 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 心筋梗塞様胸痛 有 ・ 無
	<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		<input type="checkbox"/> 心不全 有 ・ 無	
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 ()			