

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 ・ 無 有の場合、部位・音 ( )		
検査	<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> ( % )		<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	
検査	<input type="checkbox"/> 倦怠感		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 多飲
	<input type="checkbox"/> 抑うつ症状		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 多尿
	<input type="checkbox"/> 食欲不振		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 血糖値
	<input type="checkbox"/> 低血圧	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> HbA1c	
検査	<input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異 ( pg/ml)		<input type="checkbox"/> 尿糖	
	<input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異 ( ng/d)		<input type="checkbox"/> 尿ケトン	
	<input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異 ( μIU/ml)			
<input type="checkbox"/> 肝機能障害		検査	<input type="checkbox"/> 血尿	
検査	<input type="checkbox"/> 黄疸		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 浮腫
	<input type="checkbox"/> AST (GOT) 正 ・ 異 ( U/L)			<input type="checkbox"/> BUN
	<input type="checkbox"/> ALT (GPT) 正 ・ 異 ( U/L)			<input type="checkbox"/> Cre
	<input type="checkbox"/> LDH 正 ・ 異 ( U/L)			<input type="checkbox"/> 尿たんぱく
	<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"/> 眼障害/皮膚障害		
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"/> 筋・神経障害	
	<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"/> 心臓の障害 (心筋炎)		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱	有 ・ 無	症状	
	<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 ( )				