

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)			
	<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	検 査	<input type="checkbox"/> 口渴	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 多飲	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 排痰	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 多尿	有 ・ 無	
	痰の性状	()		<input type="checkbox"/> 血糖値	正 ・ 異 (mg/dl)	
	<input type="checkbox"/> 肺雜音、異常呼吸音	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> HbA1c	正 ・ 異 (%)	
		有の場合、部位・音		<input type="checkbox"/> 尿糖	正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)	
()		<input type="checkbox"/> 尿ケトン	正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)			
<input type="checkbox"/> SpO ₂		(%)	<input type="checkbox"/> 腎機能障害			
<input type="checkbox"/> KL-6		正 ・ 異 (U/ml)	検 査	<input type="checkbox"/> 血尿	有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 内分泌症状 (甲状腺/下垂体)				<input type="checkbox"/> 浮腫	有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 倦怠感 抑うつ症状 食欲不振 低血圧	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> BUN		正 ・ 異 ()		
	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> Cre		正 ・ 異 (mg/dl)		
	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 尿たんぱく	正 ・ 異 (mg/dl)			
	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 眼障害/皮膚障害				
検 査	<input type="checkbox"/> FT3	正 ・ 異 (pg/ml)	症 状	<input type="checkbox"/> 視覚異常	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> FT4	正 ・ 異 (ng/dl)		<input type="checkbox"/> 搓痒感	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> TSH	正 ・ 異 (μIU/ml)		<input type="checkbox"/> 皮疹	有 ・ 無	
	<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"/> 筋肉痛	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> AST (GOT)	正 ・ 異 (U/L)		<input type="checkbox"/> 四肢脱力	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> ALT (GPT)	正 ・ 異 (U/L)		<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> LDH	正 ・ 異 (U/L)		<input type="checkbox"/> 構音障害	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	正 ・ 異 (mg/dl)		<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)			
症 状	<input type="checkbox"/> 下痢	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 不整脈	有 ・ 無	
	便回数	() /日		<input type="checkbox"/> 心筋梗塞様胸痛	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 血便	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 心不全	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)						
<input type="checkbox"/> 免疫細胞投与の可否 可 ・ 否 医師サイン () /確認者サイン ()						