

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（ ）			
□ バイタルサインチェック					
症 状	□BT （ ）℃	□患者日誌記載の有無 （セルフケア状況確認）	記載有 ・ 記載無		
	□BP （ ） / （ ）				
	□HR （ ）				
	□SpO ₂ （ ）%				
□ 実施検査チェック					
□血液検査（ 血液一般 ・ 生化学 ・ 凝固 ・ 免疫/血清学 ）		□尿検査	□心電図検査 □心エコー検査		
□XP （ 胸部 ・ 腹部 ）		□CT （ P ・ E ）			
□その他（ ）					
		異常の有無	異常の有無		
□ 呼吸器症状		□ 糖尿病症状			
症 状	□ 咳嗽	有 ・ 無	症 状		
	□ 呼吸苦	有 ・ 無			
	□ 排痰	有 ・ 無			
	□ 痰の性状	（ ）	検 査		
	□ 肺雑音、異常呼吸音	有 ・ 無		□ 血糖値	正 ・ 異（ mg/dl）
有の場合、部位・音		□ HbA1c		正 ・ 異（ %）	
	（ ）	□ 尿糖	正 ・ 異（1+ 2+ 3+ 4+）		
		□ 尿ケトン	正 ・ 異（1+ 2+ 3+ 4+）		
検 査	□SpO ₂ （ ）%	□ 腎機能障害			
	□KL-6	正 ・ 異（ U/ml）	症 状		
□ 内分泌症状（甲状腺/下垂体）		□ 血尿	有 ・ 無		
検 査	□ 倦怠感	有 ・ 無	□ 浮腫	有 ・ 無	
	□ 抑うつ症状	有 ・ 無	□ BUN	正 ・ 異（ ）	
	□ 食欲不振	有 ・ 無	□ Cre	正 ・ 異（ mg/d l）	
	□ 低血圧	有 ・ 無	□ 尿たんぱく	正 ・ 異（ mg/d l）	
	□ FT3	正 ・ 異（ pg/ml）	□ 眼障害/皮膚障害		
□ FT4	正 ・ 異（ ng/d）	□ 視覚異常	有 ・ 無		
□ TSH	正 ・ 異（ μIU/ml）	□ 掻痒感	有 ・ 無		
□ 肝機能障害		□ 筋・神経障害	□ 皮疹	有 ・ 無	
検 査	□ 黄疸	有 ・ 無	症 状		
	□ AST (GOT)	正 ・ 異（ U/L）		□ 筋肉痛	有 ・ 無
	□ ALT (GPT)	正 ・ 異（ U/L）		□ 四肢脱力	有 ・ 無
	□ LDH	正 ・ 異（ U/L）		□ 眼瞼下垂	有 ・ 無
	□ 総ビリルビン	正 ・ 異（ mg/dl）		□ 構音障害	有 ・ 無
		□ CK	正 ・ 異（ U/L）		
□ 消化器症状（大腸炎）		□ 心臓の障害（心筋炎）			
症 状	□ 下痢	有 ・ 無	□ 不整脈	有 ・ 無	
	□ 便回数	（ ） / 日		□ 心筋梗塞様胸痛	有 ・ 無
	□ 血便	有 ・ 無		□ 心不全	有 ・ 無
	□ 腹痛	有 ・ 無	□特記事項		
	□ 嘔気	有 ・ 無			
	□ 嘔吐	有 ・ 無			
	□ 腹部蠕動音	低下 ・ 正常 ・ 亢進			
□ 炎症所見					
症 状	□ 発熱	有 ・ 無			
	□ CRP/赤沈	正 ・ 異（ mg/dl）			
	□ WBC	正 ・ 異（ /μL）			
□ 他科受診の必要性（ 必要あり ・ 必要なし ）					
□ 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（ ）					