

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"/> 口渇	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
	<input type="checkbox"/> 痰の性状 ()	()	検査	<input type="checkbox"/> 血糖値	正 ・ 異 (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 肺雑音、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+)
検査	<input type="checkbox"/> SpO ₂ (%)	(%)	<input type="checkbox"/> 腎機能障害		
	<input type="checkbox"/> KL-6	正 ・ 異 (U/ml)	症状	<input type="checkbox"/> 血尿	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 内分泌症状 (甲状腺/下垂体)			検査	<input type="checkbox"/> 浮腫	有 ・ 無
検査	<input type="checkbox"/> 倦怠感	有 ・ 無	検査	<input type="checkbox"/> BUN	正 ・ 異 ()
	<input type="checkbox"/> 抑うつ症状	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> Cre	正 ・ 異 (mg/d l)
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 尿たんぱく	正 ・ 異 (mg/d l)
	<input type="checkbox"/> 低血圧	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/d)		<input type="checkbox"/> 掻痒感	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	() /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)					
免疫細胞投与の可否 可 ・ 否 医師サイン () /確認者サイン ()					