

# 免疫チェックポイント阻害薬で治療中の方への問診票

日付： 年 月 日 氏名：

免疫チェックポイント阻害薬による新しい治療は、今までの抗がん剤の副作用と異なります。免疫反応(\*)による全身への影響が考えられ、早期発見が重要です。

※病原菌やがん細胞などの異物を攻撃・排除し、自らの体を守ること

治療日記を見ながら、前回来院から本日までの体調の振り返りをしましょう。



体重： \_\_\_\_\_ kg 体温： \_\_\_\_\_ ℃ 血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分 SpO2 \_\_\_\_\_ %

- |                                   |                                  |                                  |                                  |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いつもと同じ   | <input type="checkbox"/> いつもと同じ  | <input type="checkbox"/> いつもと同じ  | <input type="checkbox"/> いつもと同じ  | <input type="checkbox"/> いつもと同じ  |
| <input type="checkbox"/> いつもより増えた | <input type="checkbox"/> いつもより高い | <input type="checkbox"/> いつもより高い | <input type="checkbox"/> いつもより高い | <input type="checkbox"/> いつもより高い |
| <input type="checkbox"/> いつもより減った | <input type="checkbox"/> いつもより低い | <input type="checkbox"/> いつもより低い | <input type="checkbox"/> いつもより低い | <input type="checkbox"/> いつもより低い |

息切れ、息苦しさ、咳が出る、といった症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
ない

手足に力が入らない、筋肉痛、まぶたが重い、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
ない

下痢、便に血が混じる、おなかの痛み、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
ない

のどのかわき、水を多く飲む、尿が増えるなどの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
ない

皮膚や白目が黄色くなる、体のだるさ、吐き気、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
ない

裏面もありますので、ご記入下さい



