

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（ ）℃	<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"/> 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 ₂ （ ）%		<input type="checkbox"/> 血糖値 正 ・ 異（ mg/dl）		
	<input type="checkbox"/> KL-6 正 ・ 異（ U/ml）		<input type="checkbox"/> HbA1c 正 ・ 異（ %）		
<input type="checkbox"/> 内分泌症状（甲状腺/下垂体）		症状	<input type="checkbox"/> 尿糖 正 ・ 異（1+ 2+ 3+ 4+）		
検査	<input type="checkbox"/> 倦怠感		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 尿ケトン 正 ・ 異（1+ 2+ 3+ 4+）	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ症状		有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 腎機能障害	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振		有 ・ 無	症状	<input type="checkbox"/> 血尿 有 ・ 無
	<input type="checkbox"/> 低血圧	有 ・ 無	検査	<input type="checkbox"/> 浮腫 有 ・ 無	
検査	<input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異（ pg/ml）		<input type="checkbox"/> BUN 正 ・ 異（ ）		
	<input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異（ ng/d）		<input type="checkbox"/> Cre 正 ・ 異（ mg/d l）		
	<input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異（ μIU/ml）		<input type="checkbox"/> 尿たんぱく 正 ・ 異（ mg/d l）		
<input type="checkbox"/> 肝機能障害		<input type="checkbox"/> 眼障害/皮膚障害			
検査	<input type="checkbox"/> 黄疸	有 ・ 無	症状		
	<input type="checkbox"/> AST (GOT) 正 ・ 異（ U/L）			<input type="checkbox"/> 視覚異常 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> ALT (GPT) 正 ・ 異（ U/L）			<input type="checkbox"/> 掻痒感 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> LDH 正 ・ 異（ U/L）			<input type="checkbox"/> 皮疹 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン 正 ・ 異（ mg/dl）			<input type="checkbox"/> 筋・神経障害	
症状	<input type="checkbox"/> 筋肉痛 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 四肢脱力 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 構音障害 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 構音障害 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> CK 正 ・ 異（ U/L）		<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）		
	検査	<input type="checkbox"/> 下痢 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 不整脈 有 ・ 無	
		<input type="checkbox"/> 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（ ）					
免疫細胞投与の可否 可 ・ 否 医師サイン（ ）/確認者サイン（ ）					