

免疫チェックポイント阻害薬使用中に 注意すべき症状

免疫チェックポイント阻害薬
投与に注意が必要な方

- 間質性肺炎と診断されたことがある方
- 自己免疫疾患と診断されたことがある方
- 心臓に病気のある方

免疫チェックポイント阻害薬や免疫細胞の点滴後に
以下のような症状がみられたら、医師に相談してください。
特に下線を引いた症状が発現した場合はご注意ください。

目がかすむ、見えにくい

▶ ブドウ膜炎の可能性があります。

**いつもより疲れやすい(倦怠感)、
体重の増減、行動の変化がある**

(性欲が減る、いらいらする、物忘れしやすいなど)、
からだがだるい

▶ 甲状腺、下垂体、副腎など内分泌機能異常の
確認が必要です。

皮膚や白目が黄色くなる

▶ 肝障害の疑いがあります。

**尿量が減る、血尿が出る、
むくみが強い**

▶ 腎障害の疑いがあります。

口渇、多飲、多尿

▶ 1型糖尿病の疑いがあります。

**運動のまひ、感覚のまひ、
手足のしびれ、手足の痛み**

▶ 神経障害の疑いがあります。

**息苦しい、足・腕に力が入らない、
ものが二重に見える**

▶ 重症筋無力症、筋炎を起こすことがあります。

嘔吐、体の痛み、精神状態の変化

▶ 脳炎の疑いがあります。

白斑、白髪(主にメラノーマの患者さん)

▶ 肌や髪に脱色がみられることがあります。

不整脈、心筋梗塞様胸痛

▶ 急性心筋炎の疑いがあります

腫れ、むくみ、胸の痛み

▶ 静脈血栓塞栓症の疑いがあります。

**痰のない乾いた咳が出る、
歩行時などに息が切れる**

▶ 間質性肺炎の可能性があります。
症状がみられたら、風邪と思いきまず、
ご相談ください。

**血便・黒い便が出る、
腹痛を伴う下痢**

▶ 大腸炎の可能性があります。

皮膚がかゆい、発疹が出る

▶ 皮膚障害が起こることがあります。

水ぶくれが出る、ひどい口内炎

▶ 重症の皮膚障害の可能性があります。

肺、肝臓、腎臓、皮膚などに対する
過剰免疫反応により発熱することがあります。

※ 玄関の内扉や冷蔵庫などの目につきやすい場所に貼ってください。

緊急連絡先	電話番号	075-351-8282 (夜間,休診日:070-5506-3700)
	病院名	医療法人財団 康生会 たけだ診療所
	担当医	松山 竜三

(オプジーボ使用中に気をつける症状:小野薬品工業株式会社 ブリストル・マイヤーズ株式会社の資料を改変)

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



体のだるさ、むくみ、吐き気、食欲の低下、頭がボーっとする感じ、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

手足のしびれ、痛み、感覚が鈍くなる、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

むくみ、尿が少ない、尿の色が赤い、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

身体のぶつぶつ（じんましん）、かゆみ、口内炎、などの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

目がかすむ、見えにくい、ものが二重に見える、充血などありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

脈が不規則、胸痛がある、少し動くと息切れがするなどの症状がありますか？



- ある → いつからですか？ ()
ない

その他の症状や、気になることがあれば、お書きください。



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"/> 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)		検査	<input type="checkbox"/> 尿糖 正 ・ 異 (1+ 2+ 3+ 4+)	
<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
検査	<input type="checkbox"/> FT3 正 ・ 異 (pg/ml)		<input type="checkbox"/> 浮腫 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> FT4 正 ・ 異 (ng/d)		<input type="checkbox"/> BUN 正 ・ 異 ()	
	<input type="checkbox"/> TSH 正 ・ 異 (μIU/ml)		検査	<input type="checkbox"/> Cre 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"/> 尿たんぱく 正 ・ 異 (mg/d l)	
	<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	
<input type="checkbox"/> 消化器症状 (大腸炎)		<input type="checkbox"/> 筋・神経障害		
症状	<input type="checkbox"/> 下痢 有 ・ 無	症状	<input type="checkbox"/> 筋肉痛 有 ・ 無	
	便回数 () /日		<input type="checkbox"/> 四肢脱力 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 血便 有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/> 腹痛 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 構音障害 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 心臓の障害 (心筋炎)	
	<input type="checkbox"/> 嘔気 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> CK 正 ・ 異 (U/L)		
	<input type="checkbox"/> 嘔吐 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 不整脈 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 腹部蠕動音 低下 ・ 正常 ・ 亢進	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞様胸痛 有 ・ 無		
<input type="checkbox"/> 炎症所見		<input type="checkbox"/> 心不全 有 ・ 無		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 特記事項		
	<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 ()				