

免疫チェックポイント阻害剤 問診票

患者氏名()

体温()度 脈拍()回/分 血圧(/) SPO2()%→看護師にて測定します

★当てはまる数字の□にチェック(レ)をして下さい ★気になることがあれば空欄へ記入して下さい

| PS | 日常生活の状態 | |
|----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | 日常生活に問題なく活動できている | <p style="color: red; text-align: center;">現在、歯の治療をされていますか？ (はい、いいえ) 抜歯や治療の予定があれば教えてください ()</p> |
| <input type="checkbox"/> 1 | 歩行は可能で、軽い家事や軽作業は行うことができる | |
| <input type="checkbox"/> 2 | 歩行は可能で、身の回りのことはできるが、家事や作業はできない | |
| <input type="checkbox"/> 3 | 身の回りのことに一部介助が必要で、日中の半分以上をベッドかいすで過ごしている | |
| <input type="checkbox"/> 4 | 身の回りのことはほとんど全てに介助が必要である | |

★当てはまる症状とグレードの□にチェック(レ)をして下さい

| 症状の有無 | 有りの場合:症状の程度 | | | |
|------------------------------------|--|--|---|--------|
| | グレード 1 | グレード 2 | グレード 3 | |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 38.0-39.0℃ | <input type="checkbox"/> 39.0-40.0℃ | <input type="checkbox"/> 40.0℃以上が24時間以上続いている | A: 炎症 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 咳があるが、日常生活には問題ない | <input type="checkbox"/> 咳があるが、家事や軽作業は行うことはできる | <input type="checkbox"/> 咳があり、家事や軽作業を行うことができない | B: 呼吸器 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい感じ | <input type="checkbox"/> 動作による息切れがあるが、日常生活には問題ない | <input type="checkbox"/> 動作による息切れがあり、日常生活に支障がある | <input type="checkbox"/> 安静時の息切れがある | |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 体がだるいが、日常生活には問題ない | <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある | | C: 内分泌 |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 食欲低下があるが、食事はとれている | <input type="checkbox"/> 食事は減ったが、大きな体重変化はない | <input type="checkbox"/> 食事が減り、大きな体重減少がある | |
| <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み | <input type="checkbox"/> 気分の落ち込みがあるが、日常生活には問題ない | <input type="checkbox"/> 気分の落ち込みがあるが、家事や軽作業は行うことができる | <input type="checkbox"/> 気分の落ち込みがあり、家事や軽作業を行うことができない | |
| <input type="checkbox"/> 目や顔、体が黄色い | | | | D: 肝 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 吐き気があるが、食事はとれている | <input type="checkbox"/> 吐き気があるが、食事は少し減ったが、水分はとれている | <input type="checkbox"/> 吐き気があるが、食事は減り、水分がとれず、のどの渇きや体のだるさがある | E: 消化器 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 1日に1-2回嘔吐した | <input type="checkbox"/> 1日に3-5回嘔吐した | <input type="checkbox"/> 1日に6回以上嘔吐した | |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 腹痛があるが、日常生活に支障はない | <input type="checkbox"/> 腹痛があるが、家事や軽作業は行うことができる | <input type="checkbox"/> 腹痛があり、家事や軽作業を行うことができない | |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる | | | | |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> いつもの回数より1-3回/日増えた 人工肛門の場合 排泄量が少し増えた | <input type="checkbox"/> いつもの回数より4-6回/日増えた 人工肛門の場合 排泄量が増えた | <input type="checkbox"/> いつもの回数より7回/日以上増えた 人工肛門の場合 排泄量がかなり増えた | |
| <input type="checkbox"/> のどが渇く | | | | F: 糖尿 |
| <input type="checkbox"/> 水分を多くとる | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 血尿 | | | | G: 腎 |
| <input type="checkbox"/> 体のむくみ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 光をまぶしく感じる | | | | |
| <input type="checkbox"/> 目がかすむ | | | | H: 視 |
| <input type="checkbox"/> 目が二重に見える | | | | |
| <input type="checkbox"/> 筋肉痛 | <input type="checkbox"/> 筋肉痛があるが、日常生活に支障はない | <input type="checkbox"/> 筋肉痛があるが、家事や軽作業は行うことができる | <input type="checkbox"/> 筋肉痛があり、家事や軽作業を行うことができない | I: 筋神経 |
| <input type="checkbox"/> 手足に力が入らない | <input type="checkbox"/> 手足に力が入らないが、日常生活に支障はない | <input type="checkbox"/> 手足に力が入らないが、家事や軽作業は行うことができる | <input type="checkbox"/> 手足に力が入らず、家事や軽作業を行うことができない | |
| <input type="checkbox"/> まぶたが下がる | | | | |
| <input type="checkbox"/> しゃべりにくい | | | | |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みにくさ | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくさがあるが、食事はとれる | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくく、食事量が減った | <input type="checkbox"/> 飲み込みにくく、食事や水分がとれない | |
| <input type="checkbox"/> 皮膚がかゆい | | | | |
| <input type="checkbox"/> 発疹がでた | <input type="checkbox"/> 体の面積の10%未満を占める | <input type="checkbox"/> 体の面積の10-30%を占める、または、家事や軽作業は行うことができる | <input type="checkbox"/> 体の面積の30%以上を占める、または、家事や軽作業を行うことができない | J: 皮膚 |

***** ここからは医師・薬剤師が記載します *****

【医師・・・確認する検査など】

- 血液検査 確認済み
X線(胸部・腹部) 確認済み * 必要時 *
 他科受診の必要性 有 無
 特記事項()

→記録はプログレスノートへ

【薬剤師・・・実施検査データ確認】

| | | | | | | | | |
|--------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A: 炎症 | <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> WBC | | | | | | |
| B: 呼吸器 | <input type="checkbox"/> KL-6 | | | | | | | |
| C: 内分泌 | <input type="checkbox"/> FT3 | <input type="checkbox"/> FT4 | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> コルチゾール | <input type="checkbox"/> ACTH | | | |
| D: 肝 | <input type="checkbox"/> AST | <input type="checkbox"/> ALT | <input type="checkbox"/> γGPT | <input type="checkbox"/> T-Bil | | | | |
| E: 消化器 | <input type="checkbox"/> 便潜血 | <input type="checkbox"/> Hb | | | | | | |
| F: 糖尿 | <input type="checkbox"/> 血糖 | <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> 抗GAD抗体(EIA) | <input type="checkbox"/> 尿糖 | | | | |
| G: 腎 | <input type="checkbox"/> 尿タンパク | <input type="checkbox"/> Cre | <input type="checkbox"/> BUN | | | | | |
| I: 筋神経 | <input type="checkbox"/> CK | | | | | | | |
| 免疫系 | <input type="checkbox"/> 抗核抗体(FA) | <input type="checkbox"/> RF | | | | | | |
| 一般 | <input type="checkbox"/> TP | <input type="checkbox"/> Alb | <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> ALP | <input type="checkbox"/> Na | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> Cl | <input type="checkbox"/> Ca |

その他:

- X線(胸部・腹部)
 CT

特記事項()

→詳細記録は薬剤師記録へ

