

免疫チェックポイント阻害剤 問診表

年		月	日	記載NS()		
お名前 ()様		ID()				
症状	PS (0 1 2 3 4)	体重(Kg)前回(/)(Kg)				
	KT °C	脈 回/分				
	BP mmHg	SPO2 %				
		症状(患者さん記入)	異常有の時(看護師記入)	確認する検査		
呼吸	咳	あり・なし	痰	有・無	KL-6	
	息苦しさ	あり・なし	程度	安静時・体動時	CRP	
内分泌	体のだるさ	あり・なし	程度	強・中・軽度	FT3	
	食欲	あり・なし	食事量	()	FT4	
	気持ちの落ち込み	あり・なし	不眠	有・無	TSH	
消化器	下痢	あり・なし	便回数	(回/日)		
	血便	あり・なし	便回数	(回/日)	Hb	
	腹痛	あり・なし	程度	強・中・軽度	AST	
	吐き気	あり・なし	嘔吐	(回/日)	ALT	
糖尿	のどの渇き	あり・なし	多飲	有・無	HbA1C	
			多尿	有・無	血糖	
腎	尿が赤い	あり・なし			BUN	
	むくみ	あり・なし	浮腫(部位)	()	Cre	
眼	見えにくさ	あり・なし	羞明	霧眼 飛蚊	尿糖	
筋神経	筋肉痛	あり・なし	眼瞼下垂	有・無	尿ケトン	
	力が入りにくい	あり・なし	構音障害	有・無	尿蛋白	
			嚥下障害	有・無		
皮膚	かゆみ	あり・なし	部位	()		
	湿疹	あり・なし	部位	()		