【免疫チェックポイント阻害薬専用問診票】

□来局時の問診票の内容を添付してください。

次回電話訪問予定日　＿＿月＿＿日

**電話訪問時**

（　　　　年　　月　　日）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

　　　□有（悪化あり・なし）

１）空咳

 ２）息切れや息苦しさ

 ３）37.5度以上の発熱

 ４）１日４回以上の下痢

 ５）便に血が混じる

 ６）腹痛

 ７）皮膚に発疹や白斑

 ８）関節痛

 ９）筋肉痛

 １０）手足のしびれ

 １１）歩きにくさ

 １２）物が二重に見える

 １３）まぶたが重い

 １４）いつもより疲れやすい

 １５）皮膚や白目が黄色い

 １６）手足や顔にむくみ

 １７）食欲低下や、吐き気

 １８）のどが渇きやすい

 １９）尿の回数増加

**来局時**

（　　　　年　　月　　日）

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

□無　□有

2枚続けてFAXしてください。

電話訪問時に新規で**☑有**の場合は早めにご連絡ください。

緊急時はトレーシングレポートに併せて化学療法担当者へ直接電話でご連絡ください。