【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。