



免疫チェックポイント阻害薬の投与を受けている患者さんにお伺いします

より良い状態で治療を続けられるよう、おからだの調子について教えてください

気になる点があれば1から順にチェック☑と記入をしてください

1 前回の投与から今日までの間に体調の変化はありますか



- 皮膚の異常
- 発熱
- だるさ(元気が出ない)
- 顔や手足に力が入らない
(まぶたが重い、話しにくい、飲み込みにくい)

2 症状はどの程度つらいですか?

気のせいかもしれない
 少し気になる
我慢できる
我慢できない

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 症状はいつからありましたか?

- ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から



- 頭痛
- 意識がはっきりしない

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から



- 咳
- 息苦しさ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から



- 吐き気、おう吐
- 腹痛

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から



- 下痢
- 尿(回数が多い・尿の色の変化)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

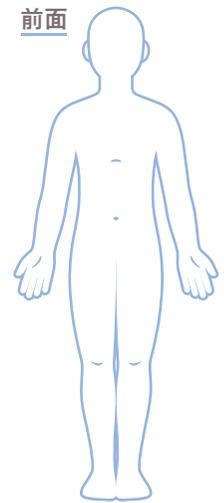
- ___週前(___月 ___日)から
 ___週前(___月 ___日)から

他に気になる点がありましたらご記入ください

「皮膚の異常」にチェックをされた方

その場所にしるしをつけてください

前面



背面

