

免疫チェックポイント阻害薬 適正使用のための施設間情報連絡書

※この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。「疑義照会」は通常通り処方医へ確認してください。

患者 ID(仁シル : 姓/名)	(/)	情報共有の患者同意	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得未
処方医	Dr.	電話確認日	年 月 日
レジメン番号		電話応対者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
レジメン名		時回来院日	年 月 日

毎日の生活について

- 問題なく活動できる
- 激しい運動は出来ないが、軽作業（家事や事務仕事）は出来る
- 身のまわりのことは出来るが、軽作業は出来ない
- 限られた身のまわりのことしか出来ず、日中の半分以上横になるか座って過ごす
- 身のまわりのことも出来ない。常に横になるか座って過ごす

間質性肺炎について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 日常生活は出来るが、ゆっくり歩行した際に息切れするようになった ()
- 痰のない乾いた咳が増えた ()
- 37.5℃以上の発熱が出るようになった ()
- なし

大腸炎・下痢について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 普段と比べて1日に4回以上の下痢をするようになった ()
- 便に血が混じる、便に黒く粘り気があるようになった ()
- 腹痛を感じるようになった ()
- なし

1型糖尿病について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 喉が渇くようになった ()
- 水分を多く飲むようになった ()
- 尿量が増えた ()
- なし

重症筋無力症について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- ものが二重に見えるようになった ()
- 筋肉痛がある ()
- まぶたが下がってくる ()
- なし

内分泌障害について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 休むと回復するが、体のだるさを感じるようになった ()
- 食欲が落ちた ()
- 吐き気を催すようになった ()
- なし

神経障害について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 手足のしびれを感じるようになった ()
- 力の入りにくさを感じるようになった ()
- なし

皮膚障害について：次のような症状はありますか？ () 内には発現時期など情報を記載ください。

- 発疹が出てきた ()
- 皮膚にかゆみがある ()
- なし

その他の症状や、気になること等あれば、記載ください。

保険薬局名		氏名	
TEL		FAX	