

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(インシヤル: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		電話対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
レジメン名		次回来院日	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)はできる。
身のまわりのことはできるが、軽作業は出来ない。
限られた身のまわりのことしかできず、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できない 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。

- 日常生活はできるが、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度以上の発熱がでるようになった()
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、便が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。

- 喉がひどく渇くようになった ()
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	