

# 免疫チェックポイント阻害薬 で治療中の方への問診票

免疫チェックポイント阻害薬を用いた治療は副作用の早期発見が重要です。前回来院から本日まででの体調の振り返りをしましょう。

①息切れ、息苦しさ、咳が出る、といった症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



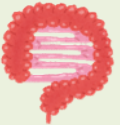
②手足に力が入らない、筋肉痛、まぶたが重いなどの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



③下痢、便に血が混じる、おなかの痛みなどの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



④のどのかわき、水を多く飲む、尿が増えるなどの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



⑤皮膚や白目が黄色くなる、体のだるさ、吐き気などの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



⑥体のだるさ、むくみ、吐き気、食欲の低下、頭がぼーっとする感じなどの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



⑦手足のしびれ、痛み、感覚が鈍くなるなどの症状がありますか？

- ある → いつからですか？ ( )  
ない



裏面もありますので、ご記入下さい

⑧むくみ、尿が少ない、尿の色が赤いなどの症状がありますか？



ある → いつからですか？ ( )  
ない

⑨身体のぶつぶつ（じんましん）、かゆみ、口内炎などの症状がありますか？



ある → いつからですか？ ( )  
ない

⑩目がかすむ、見えにくい、ものが二重に見える、充血などありますか？



ある → いつからですか？ ( )  
ない

その他の症状や、気になることがあれば、お書きください。

日付：                    年                    月                    日 自署：

---