

体調チェックシート(irAE)

(記入日 : 年 月 日)

患者氏名 :	性別 :
患者ID :	生年月日 :

体温 : °C	SpO2 : %	血圧(mmHg) : (/)
--------------	---------------	----------------------------

前回治療後の副作用の程度(症状の有無 ・ Gradeでの評価 ・ 検査値所見)

	症状		検査項目	
炎症	発熱	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	CRP	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
			WBC	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
呼吸	咳嗽	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	KL-6	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
内分泌	倦怠感	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	FT3	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
	食欲不振	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	FT4	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
	抑うつ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TSH	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
肝機能	黄疸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	AST	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
			ALT	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
			血中Bil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
			γ-GTP	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
消化器	下痢	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Hb	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	血便	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	腹痛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	嘔気	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
糖尿	口渇	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	血糖	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	多飲・多尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	HbA1c	<input type="checkbox"/> 正常値 <input type="checkbox"/> 異常値
腎臓	血尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿蛋白	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	浮腫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	血清Cre	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
			BUN	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
筋・神経	筋肉痛	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	CK	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	四肢脱力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	眼瞼下垂	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
皮膚	掻痒感	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	皮疹	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
眼	視力低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

注意すべき副作用	<input type="checkbox"/> 下痢・大腸炎 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 間質性肺疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> 副腎障害 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> ブドウ膜炎
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特記事項	
------	--