

【免疫関連有害事象】確認シート

患者氏名	生年月日	性別	男・女	確認日
対応状況	<input type="checkbox"/> 患者・家族からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレホンフォローアップ <input type="checkbox"/> 薬局にて <input type="checkbox"/> その他（ ）			
対応者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
レジメン名				
<p>●直接医師連絡、患者へ受診勧告 (すぐに病院へ連絡が必要な症状です)</p>		<p>◎トレーシングレポート (確認シートをトレーシングレポートに添付)</p>		
<p>【間質性肺炎】</p> <input type="checkbox"/> 労作時の息切れ <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 空咳 <p>【大腸炎・重度の下痢】</p> <input type="checkbox"/> 下痢（1日4-6回の排便回数の増加） <input type="checkbox"/> 激しい腹痛 <input type="checkbox"/> 血便、黒い便が出る <p>【重症筋無力症・筋炎】</p> <input type="checkbox"/> まぶたが下がってくる <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 足・腕に力が入らない <p>【重度の皮膚障害】</p> <input type="checkbox"/> 全身に広がる発疹 <input type="checkbox"/> ひどい口内炎、目の充血 <p>【心筋炎】</p> <input type="checkbox"/> むくみ、体重増加 <input type="checkbox"/> 動悸がする <p>【1型糖尿病】</p> <input type="checkbox"/> のどがひどく渴く <input type="checkbox"/> 水を多く飲む <input type="checkbox"/> 尿量や回数が増える		<p>【内分泌障害】</p> <input type="checkbox"/> いつもより疲れやすい <input type="checkbox"/> 体重の増加・現象 <input type="checkbox"/> 行動の変化（イライラ・物忘れ） <p>【神経障害】</p> <input type="checkbox"/> 運動のまひ <input type="checkbox"/> 感覚のまひ <input type="checkbox"/> 手足の痺れ・痛み <p>【肝障害】</p> <input type="checkbox"/> 皮膚や白目が黄色くなる <p>【皮膚障害】</p> <input type="checkbox"/> 皮膚がかゆい <input type="checkbox"/> 発疹が出る <p>※上記の症状でも、緊急性が高い場合は 直接医師連絡または、患者へ受診勧告を してください。</p>		
		<p>【その他】</p>		