

～ICI（免疫チェックポイント阻害薬）副作用確認シート～

報告日： 月 日

重症筋無力症・筋炎
<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"/> 筋肉痛がある
心筋炎
<input type="checkbox"/> 息苦しい
<input type="checkbox"/> むくみや体重増加がある
<input type="checkbox"/> 動悸がある
1型糖尿病
<input type="checkbox"/> 喉がひどく渴く
<input type="checkbox"/> 水を多く飲む
<input type="checkbox"/> 尿量が増える
間質性肺炎
<input type="checkbox"/> 息苦しい
<input type="checkbox"/> 咳が増えた
<input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱
大腸炎・下痢
<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 便に血が混じる

速やかに
病院へ連絡を！

内分泌障害
<input type="checkbox"/> 体がだるい
<input type="checkbox"/> 食欲が落ちる
<input type="checkbox"/> 吐き気がある
静脈血栓塞栓症
<input type="checkbox"/> むくみや腫れがある
皮膚障害
<input type="checkbox"/> 発疹がある
<input type="checkbox"/> 皮膚に痒みがある
神経障害
<input type="checkbox"/> 手足の痺れがある
<input type="checkbox"/> 力の入りにくさを感じる

薬局名：
TEL/FAX：
報告薬剤師名：

副作用の早期発見が
重要です。

こちらの症状以外で
気になる症状があれ
ばご報告下さい。



次回受診時に
相談を！

グレード	0	1	2	3	該当 グレード
対応		症状が2~3日続いていれば、 速やかに病院へ連絡を	速やかに病院へ連絡を		
呼吸困難	なし	階段や坂道を登る際に 息切れがある	ゆっくり歩行した際に息切れは あるが、日常生活はできる	息切れのため、 身の回りのこともできない	
浮腫	なし	夕方にむくみがある	朝も改善しないむくみがある	急激なむくみと、それに伴う体重増加 があり、身の回りのこともできない	
倦怠感	なし	動くとだるいが休むと 回復する	いつもはだるさはあるが、 日常生活はできる	だるさのため、 日常生活ができない	
食欲不振	なし	食欲低下は感じるが 食事量は変わらない	食欲低下を感じ、 食事量が減った	経腸静脈栄養を要する	
嘔吐	なし	1日に1~2回吐く	1日に3~5回吐く	1日に6回以上吐く	
下痢	なし	普段と比べ1日1~3回 下痢が増えた	普段と比べ1日4~6回 下痢が増えた	普段と比べ1日に7回以上 下痢が増えた	
手足のしびれ	なし	手足に違和感がある	しびれを感じるが、 日常生活はできる	しびれのため、 身の回りのこともできない	
筋力低下	なし	明らかな筋力低下はないが、 力の入りにくさを感じる	明らかな筋力低下はあるが、 日常生活はできる	明らかな筋力低下のため、 身の回りのこともできない	

-----切り取り（必要あれば、上記部分を患者さんのセルフモニタリングとしてお渡し下さい）-----

【服薬状況（該当する場合のみ）】	
<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり（ ）
【その他（他院での処方薬の情報（OTC・サプリメント含む）、気になる症状、処方提案等）】	

患者ID（不明な場合は生年月日）：	確認日： 月 日
患者氏名：	確認状況： <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 非対面
この情報を伝えることに対し患者同意を： <input type="checkbox"/> 得た	<input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と考え報告します

病院から薬局へ 免疫チェックポイント阻害薬の治療が終了した際、病院からの連絡を希望されますか？

希望する