嬉野医療センター　薬剤部　行　（FAX: 0954-43-2120）（E-mail:609-gay1@mail.hosp.go.jp）

**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(ｲﾆｼｬﾙ：姓/名) | （　　/　　） | 情報共有の患者同意 | [ ] 取得済　[ ] 取得未 |
| 処方医 | Dr. | 電話確認日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| レジメン番号 |  | 電話応対者 | [ ] 本人　[ ] その他(　　　 ) |
| レジメン名 |  | 時回来院日 | 　　　　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）は出来る

[ ] 身のまわりのことは出来るが、軽作業は出来ない

[ ] 限られた身のまわりのことしか出来ず、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出来ない。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。

[ ] 日常生活は出来るが、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℃以上の発熱が出るようになった （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

[ ] 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、便に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** |  |

（参考）九州大学病院チームICI作成資料、佐賀大学病院免疫チェックポイント阻害剤投与中の方への問診票、CTCAE ver5.0

佐賀大学医学部附属病院 施設間情報連絡書