



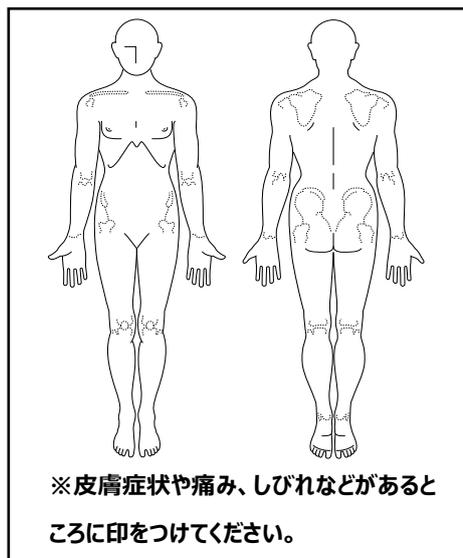
患者（ID： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ ）のレポートの続き

- 皮膚障害・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 手足症候群・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 爪囲炎・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 末梢神経障害・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）  
（しびれ）
- 咳・・・・・・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 呼吸困難・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 高血圧・・・・・・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）
- 浮腫・・・・・・・・副作用の強さ（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ）

**□免疫チェックポイント阻害薬使用中または使用歴がある**

下記の症状に一つでも該当する場合は、すみやかな受診を勧めてください。

- まぶたが下がってくる
- 物が二重に見える
- 筋肉痛または関節痛がある
- 筋力の低下
- 動悸がする、胸痛がある
- 喉がひどく渴く
- 水を多く飲む
- 尿量が明らかに増えた
- 暑がり、多汗
- 寒がり
- 便に血が混じる



備考欄（必要に応じて使用してください）