

8. 病名 (がん種)

(転移)

9. 主治医

病院 _____ 科 _____ 先生 _____

10. 病気が分かったきっかけ、経緯についてご記入ください。

11. 治療歴

治療期間 (年月)	内容 (手術・抗癌剤名・放射線・他)

12. 他の病院で『免疫チェックポイント阻害薬』という薬剤を使用したことがありますか。
(最終ページを参考に、該当するものに○印を付けてください)

◆ いいえ

◆ はい 免疫チェックポイント阻害薬 製品名 _____
 使用期間 _____ 年 月 ~ _____ 年 月 (_____ 回)
 どちらの病院ですか _____
 その時副作用はありましたか _____

◆ 今後使用する可能性について、主治医から説明を受けている

13. その他の病気について (該当する項目に○印を付けてください)

- 1、糖尿病 2、不整脈 3、高血圧 4、動脈硬化 5、白血病 6、脳出血 7、脳梗塞
 8、喘息 9、肺結核 10、肺気腫 11、B型肝炎・C型肝炎 12、腎不全 13、膠原病
 14、リウマチ 15、その他

14. 現在の症状

痛みの有無について（有・無）、また程度についてご記入下さい。

15. 現在内服中の薬について（該当する項目に○印を付けてください）

- ・ ステロイド剤の薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ 免疫抑制剤を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ 痛み止めの薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）
- ・ その他に飲んでいる薬（ ）

16. 飲酒について（該当する項目に☑を付けてください）

- 飲まない
- 以前は飲んでいたが、（ ）年前に辞めた
- 飲んでいる（量： ）

17. 喫煙について（該当する項目に☑を付けてください）

- 吸わない
- 以前は吸っていたが、（ ）年前に辞めた
- 吸っている（1日 本）

18. 受診の動機（該当する項目に☑を付けてください）

- 免疫療法を行いたい
- 免疫療法についての説明を聞きたい
- その他（ ）

19. 治療方法の希望（該当する項目に☑を付けてください）

- 医師に相談したい
- 樹状細胞ワクチン療法
- NK細胞療法
- 活性化Tリンパ球療法
- その他（ ）

20. 受診のきっかけ（該当する項目に☑を付けてください）

- 友人・知人・家族の勧め、ご紹介（ ）様
- 医師の紹介（ ）病院（ ）科（ ）先生
- インターネット
- 新聞・雑誌・テレビなど（ ）
- 説明会参加 月 日 ご本人・ご家族・その他（ ）

免疫チェックポイント阻害薬一覧

作用機序	一般名	製品名
抗 CTLA - 4 抗体	イピリムマブ	ヤーボイ
抗 PD - 1 抗体	ニボルマブ	オプジーボ
	ペムブロリズマブ	キイトルーダ
抗 PD - L 1 抗体	アベルマブ	バベンチオ
	アテゾリズマブ	テセントリク
	デュルバルマブ	イミフィンジ

ご記入ありがとうございました。治療相談の際にお持ち頂きますよう、お願い致します。