

免疫チェックポイント阻害薬による自己免疫性水疱症（BPなど）の調査票					
御施設名		症例番号		記載日	
基本情報（水疱症診断時）					
性別/年齢		☐ 男 ☐ 女 （ ） 歳			
身長/体重		（ cm） ☐ 不明 / （ kg） ☐ 不明			
既往症	神経疾患	☐ 無 ☐ 有 →ある場合、 ☐ パーキンソン病 ☐ 脳梗塞 ☐ 認知症 ☐ てんかん			
	2型糖尿病	☐ 無 ☐ 有			
	上記以外の疾患	（ ）			
		※水疱症と悪性腫瘍は除く			
薬剤		DPP-4阻害薬 ☐ 有 ☐ 無（薬剤名： ）			
		ループ利尿薬 ☐ 有 ☐ 無（薬剤名： ）			

自己免疫性水疱症と悪性腫瘍に関して					
水疱症の種類		☐ BP ☐ MMP ☐ EBA ☐ LABD ☐ 限局性類天疱瘡 ☐ LPP ☐ PV ☐ PF ☐ その他（ ）			
ICI開始日		年 月 日			
水疱症発症日		年 月 日頃			
水疱症診断日		年 月 日頃			
悪性腫瘍の種類とStage		☐ 悪性黒色腫 ☐ 肺 ☐ 腎 ☐ リンパ腫 ☐ 口腔 ☐ 喉頭 ☐ 咽頭 ☐ 胃 ☐ 悪性胸膜中皮腫 ☐ 食道 ☐ 大腸 ☐ その他（ ） 可能ならば組織型（ ）		水疱症診断時のStage （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ） もしくは （T N M ）	
ICI（種類と量）		☐ Nivo（ mg、 週毎） ☐ Pem（ mg、 週毎） ☐ Nivo+Ipi Nivo（ mg、 週毎）、Ipi（ mg、 週毎） ☐ その他（ ）（ mg、 週毎）			
ICI（種類と量）（2種類目がある場合）		☐ Nivo（ mg、 週毎） ☐ Pem（ mg、 週毎） ☐ Nivo+Ipi Nivo（ mg、 週毎）、Ipi（ mg、 週毎） ☐ その他（ ）（ mg、 週毎）			
併用したその他の抗がん剤		☐ 無 ☐ 有（ ）			
放射線治療		☐ 無 ☐ 有			
悪性腫瘍の経過	水疱症診断時	☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD			
	水疱症診断1年後	☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD ☐ 不明 ☐ 診断後1年未満 ☐ 死亡			
	死亡	☐ 無 ☐ 有（ 年 月 日）			

水疱症治療/経過に関して（分かれば前医治療含む）					
初期対応 ：水疱症発症時 あるいは 水疱症診断日	フレドニソロン内服	☐ 無 ☐ 有（投与量 mg/日）投与開始日 年 月 日			
	ICIの 継続・中断・中止	☐ 継続 ☐ 一時中断（最終投与日 年 月 日/再開日 年 月 日） ☐ 中止（最終投与日 年 月 日） →中止理由 ☐ 自己免疫性水疱症のため ☐ その他のirAE（ ） ☐ 悪性腫瘍がPDのため ☐ その他（ ）			
	その他の治療	☐ 体へのステロイド外用（ ☐ strongest / ☐ very strong以下）（約 g/日） ☐ 免疫抑制剤（種類 ） ☐ ドキシサイクリン ☐ ミノサイクリン ☐ DDS ☐ ニコチン酸アミド ☐ ステロイドバルス ☐ IVIG ☐ 血漿交換 ☐ その他（ ）			
①初期対応開始1ヶ月以内の追加対応必要な水疱症の悪化や症状					
上記①が 「有」の場合の 対応内容	フレドニソロン内服	☐ 無/初期投与量以下 ☐ 開始（投与量 mg/日）投与開始日 年 月 日 ☐ 増量（投与量 mg/日→ mg/日）増量日 年 月 日			
	ICIの 継続・中断・中止	☐ 継続 ☐ 一時中断（最終投与日 年 月 日/再開日 年 月 日） ☐ 中止（最終投与日 年 月 日） →中止理由 ☐ 自己免疫性水疱症のため ☐ その他のirAE（ ） ☐ 悪性腫瘍がPDのため ☐ その他（ ）			
	その他の治療	☐ 体へのステロイド外用（ ☐ strongest / ☐ very strong以下）（約 g/日） ☐ 免疫抑制剤（種類 ） ☐ ドキシサイクリン ☐ ミノサイクリン ☐ DDS ☐ ニコチン酸アミド ☐ ステロイドバルス ☐ IVIG ☐ 血漿交換 ☐ その他（ ）			
②初期対応開始1ヶ月以降の追加対応必要な水疱症の悪化や症状					
上記②が 有りの場合の 対応内容	フレドニソロン内服	☐ 無/初期投与量以下 ☐ 開始（投与量 mg/日）投与開始日 年 月 日 ☐ 増量（投与量 mg/日→ mg/日）増量日 年 月 日			
	ICIの 継続・中断・中止	☐ 継続 ☐ 一時中断（最終投与日 年 月 日/再開日 年 月 日） ☐ 中止（最終投与日 年 月 日） →中止理由 ☐ 自己免疫性水疱症のため ☐ その他のirAE（ ） ☐ 悪性腫瘍がPDのため ☐ その他（ ）			
	その他の治療	☐ 体へのステロイド外用（ ☐ strongest / ☐ very strong以下）（約 g/日） ☐ 免疫抑制剤（種類 ） ☐ ドキシサイクリン ☐ ミノサイクリン ☐ DDS ☐ ニコチン酸アミド ☐ ステロイドバルス ☐ IVIG ☐ 血漿交換 ☐ その他（ ）			
水疱症の臨床的寛解		☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 判定日（ 年 月 日頃）			
現在の水疱症の治療		プレドニソロン ☐ 無 ☐ 有（投与量 mg/日）			
		☐ 体へのステロイド外用（ ☐ strongest / ☐ very strong以下）（約 g/日） ☐ 免疫抑制剤（種類 ） ☐ ドキシサイクリン ☐ ミノサイクリン ☐ DDS ☐ ニコチン酸アミド ☐ その他（ ）			
水疱症の再燃		☐ 無 ☐ 有 有りの場合、以下を記入ください 再燃直前の水疱症治療 ☐ PSL mg/日 ☐ その他（ ） 再燃後の対応 ☐ PSL mg/日 ☐ その他（ ）			
その他、水疱症の経過に特記事項がありましたらご記載ください					

皮疹について					
BPDAI（最増悪時） （※不明であれば診断時等、別のタイミングでも可）	測定タイミング ☐ 最増悪時 ☐ 初診時 ☐ その他 ☐ 未測定				
	日付	びらん/水疱	紅斑/膨疹	粘膜	
	年 月 日	（ 点）	（ 点）	（ 点）	
出現した皮疹	水疱	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 →ICI開始から出現まで（ 週 or 年 月 日）、 ☐ 不明			
	紅斑	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 →ICI開始から出現まで（ 週 or 年 月 日）、 ☐ 不明			
	そう痒	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 →ICI開始から出現まで（ 週 or 年 月 日）、 ☐ 不明			
	粘膜疹	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明 →ICI開始から出現まで（ 週 or 年 月 日）、 ☐ 不明 部位：【 ☐ 不明 ☐ 口腔 ☐ 眼 ☐ 陰部 ☐ その他（ ）】			
	稗粒腫	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明			
	癬痕	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明			

検査結果					
	ICI開始時	水疱症診断時	発症2w後	発症4w後	発症6ヶ月後
日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
WBC	/μL	/μL	/μL	/μL	/μL
好中球	%	%	%	%	%
好酸球	%	%	%	%	%
リンパ球	%	%	%	%	%
BUN	mg/dl	mg/dl			mg/dl
Cre	mg/dl	mg/dl			mg/dl
AST	U/L	U/L			U/L
ALT	U/L	U/L			U/L
ALP	U/L	U/L			U/L
γGTP	U/L	U/L			U/L
T-Bil	mg/dl	mg/dl			mg/dl
LDH	U/L	U/L			U/L
CRP	mg/dl	mg/dl			mg/dl
HbA1c	%	%			%
		日付	水疱症診断時	日付	最高値
IgE	☐ 未測定	年 月 日	IU/ml		IU/ml
BP180NC16a ELISA/CLEIA	☐ 未測定	年 月 日	U/ml		U/ml
全長BP180 ELISA	☐ 未測定	年 月 日	U/ml		U/ml
BP230 ELISA	☐ 未測定	年 月 日	U/ml		U/ml
そのほか（ ）					

病理検査結果		
採取部位	☐ 水疱部 ☐ 紅斑部 ☐ 水疱境界部 ☐ 無疹部	
表皮下水疱	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	☐ 皮膚生検未施行
基底細胞の壊死	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
好酸球浸潤	☐ 無 ☐ 少ない ☐ 多い ☐ 不明	
好中球浸潤	☐ 無 ☐ 少ない ☐ 多い ☐ 不明	
基底膜部の空胞（液状）変性	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
リンパ球浸潤（血管周囲）	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
リンパ球浸潤（帯状）	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
苔癬型組織反応	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
個細胞壊死	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	

免疫学的検査結果		
蛍光抗体直接法（DIF）	☐ 陰性 ☐ 陽性（ ☐ BMZ ☐ ICS） （ ☐ C3 ☐ IgG ☐ IgA ☐ IgM）	☐ 未施行
蛍光抗体間接法（IIF）	☐ 陰性 ☐ 陽性（ ☐ BMZ ☐ ICS）（ 倍）	☐ 未施行
1M食塩水剥離皮膚IIF（ssIIF）	☐ 陰性 ☐ 表皮側 ☐ 真皮側	☐ 未施行

irAEに関して				
		疾患名	有無	発症日
ICI開始1年以内の水疱症以外のirAE	全身	肺炎	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		1型DM	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		腸炎	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		副腎不全	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		甲状腺炎	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		下垂体炎	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		肝障害	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		関節痛	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
	その他（ ）		（ 年 月 日）	
	皮膚	乾癬様皮疹	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		白斑	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		脱毛	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		播種状紅斑丘疹型皮疹	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		湿疹	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		苔癬様皮疹	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
		TEN/SJS	☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）
DIHS		☐ 無 ☐ 有	（ 年 月 日）	
その他（ ）		（ 年 月 日）		