

体調チェックリスト

記入日： 年 月 日

併用療法
(子宮頸がん)



氏 名

● 前回の受診から今日までの体調の変化について
(治療日誌をお持ちの方は、症状チェックの項を参考にご記入ください。)

体 温	℃	普段と比べ	☐ 変わらない	☐ 高い	☐ 低い
体 重	kg	前回と比べ	☐ 変わらない	☐ 増えた	☐ 減った

注) キイトルーダ®による副作用は、治療中及び治療終了後にあらわれる可能性があります。治療が終わってからも、体調の変化を確認していきます。

● 前回の点滴後に以下のような症状があった場合は、チェックしてください。

☐ 症状があった (当てはまるものに チェックしてください)	☐ 皮膚のかゆみ	☐ じんま疹	☐ 声がかすれる	☐ くしゃみが出る
	☐ 喉のかゆみ	☐ 息苦しい	☐ 胸がドキドキする	☐ 意識がうすれる
	☐ めまい・ふらつき	☐ 血圧の低下		
☐ 特に無かった				

前回の受診から今日までの間に、以下のような体調の変化があった場合には、チェックしてください。		いつからですか	現在も続いていますか	
			はい	いいえ
頭部や耳	☐ 頭痛	[]頃	☐	☐
	☐ 意識がうすれる	[]頃	☐	☐
	☐ めまい、耳鳴り	[]頃	☐	☐
眼	☐ 見え方の異常	[]頃	☐	☐
	☐ まぶたが重い	[]頃	☐	☐
鼻・口・喉	☐ 口の中や喉が渇きやすい	[]頃	☐	☐
	☐ 歯ぐきや口内の出血	[]頃	☐	☐
	☐ 声のかすれ	[]頃	☐	☐
	☐ 咳	[]頃	☐	☐
	☐ たん、血たん	[]頃	☐	☐
	☐ 吐き気やおう吐	[]頃	☐	☐
	☐ 鼻血、口内炎、喉の痛み	[]頃	☐	☐
胸部	☐ 息切れ、呼吸困難、胸の痛み	[]頃	☐	☐
	☐ 動悸	[]頃	☐	☐
腹部	☐ 食欲不振	[]頃	☐	☐
	☐ 腹痛	[]頃	☐	☐

前回の受診から今日までの間に、以下のような体調の変化があった場合には、チェックしてください。		いつからですか	現在も続いていますか	
			はい	いいえ
便	☐ 便秘	[]頃	☐	☐
	☐ 下痢 1日の回数[]回	[]頃	☐	☐
	☐ ネバネバした便や血便	[]頃	☐	☐
尿	☐ 尿量の減少、トイレが近い、血尿、尿の泡立ち 1日の排尿回数[]回	[]頃	☐	☐
手・足	☐ 手足に力が入らない、手指のふるえ	[]頃	☐	☐
皮膚	☐ 発疹などの皮膚症状、くちびるのただれ	[]頃	☐	☐
	☐ 黄疸	[]頃	☐	☐
全身	☐ 疲れやすい、だるい	[]頃	☐	☐
	☐ むくみ	[]頃	☐	☐
	☐ けいれん	[]頃	☐	☐
	☐ しびれ	[]頃	☐	☐
	☐ 傷の治りが遅くなる	[]頃	☐	☐
	☐ 脱毛	[]頃	☐	☐
	☐ 発熱、寒気、あおあざができる、 出血が止まりにくい	[]頃	☐	☐
	☐ 高血圧、低血圧	[]頃	☐	☐
	☐ 関節・筋肉の痛み	[]頃	☐	☐

●上の症状、またはその他の症状で病院に行ったり薬を飲んだりした場合には、以下に詳細を記載してください。

☐ 病院に行った どんな症状で 病院に行きましたか？〔 〕	☐ 自分で薬を買って飲んだ どんな薬を飲みましたか？ (飲んだ薬: _____)
キイトルーダ®と化学療法±ペバシズマブによる治療中又は 治療経験があることを医師や看護師、薬剤師に伝えましたか？ ☐ はい ☐ いいえ	症状は良くなりましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
診断名は何でしたか？〔 〕	そのほか、気になる体調の変化などがあれば、 お書きください。
薬をもらいましたか？ ☐ はい ☐ いいえ (もらった薬: _____)	
症状は治りましたか？ ☐ はい ☐ いいえ	