キイトルーダ®治療中又は	t
治療経験のある患者さん	用

|--|

体調チェックリスト					単剤療法			
氏 名								
<ul><li>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。)</li></ul>								
体 温	$^{\circ}$	普段と比べ	□ 変わらなし	١	高い	低い	١	
体 重	kg	前回と比べ	□ 変わらなし	)	増えた		た	
	右腕 最高	/最低	mmHg 前	前回と比	べ	らない □高	iい □低い	
血圧	左腕 最高	/最低	mmHg 育	前回と比	ベ 🗌 変わ	らない □高	iい □低い	
● 前回の点流	商後に以下のよ					『終わってからも、体調の?	変化を確認していきます	
□ 症状があった □ 皮膚のかゆみ □ じんま疹 □ 声がかすれる □ くしゃみが出る   (当てはまるものに チェックしてください) □ ぬまい・ふらつき □ 血圧の低下								
□ 特に無対	かった							
	回の受診から今日までの体調の変化について							
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						
変化がめて		T1970CC1	ことい。 			ほい	いいえ	
頭部	頭痛			[	]頃 			
יוםאַע	□ 意識が	うすれる		[	]頃			
眼				[	]頃			
	□まぶた	が重い		[	]頃			
	しものが	二重に見える		[	]頃			
	□□の中	や喉が渇きやすし	)	[	]頃			
	□ <del>塩</del> Δ <b>キ</b>	ゲロ中の三曲		г	1 占			

」頃 □ 圏ぐさや□内の出皿 口や喉 □ 咳 [ ]頃 こたん・血たん [ ]頃 [ 息切れ、呼吸困難、胸の痛み 胸部 ]頃 [ ] 吐き気やおう吐 ]頃 腹部 [ 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		いつからですか		現在も続いていますか					
変化があっ	った場合には、チェックしてください。 	0.213	J C 9 13	はい	いいえ				
	□ 下痢 1日の回数[ ]回	[	]頃						
	□ ネバネバした便や血便	[	]頃						
便	□ 油が浮いたり、すっぱいにおいの する柔らかい便が出る	[	]頃						
	□ 便秘	[	]頃						
	□ お腹が張る	[	]頃						
尿	□ 尿量の減少、トイレが近い、血尿 1日の排尿回数[ ]回	[	]頃						
皮膚	□ 発疹などの皮膚症状、点状や斑状のあおあざ、くちびるのただれ	[	]頃						
手·足	□ 手足に力が入らない、手指のふるえ	[	]頃						
	食欲不振	[	]頃						
	□むくみ	[	]頃						
全身	□ 疲れやすい・だるい	[	]頃						
王身	黄疸	[	]頃						
	□けいれん	[	]頃						
	□ しびれ	[	]頃						
<ul><li>● 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。</li></ul>									
		_ どん	<b>で薬を買って</b> な薬を飲みま ωだ薬 :		)				
キイトルーダ®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								

