

外来点滴治療を受けられる患者さんへ

(CTCAE v4.0)

お名前 _____ 記入日 ____ 月 ____ 日

血圧 / 脈拍 SPO2 % 体重 k g

前回の受診時から今回の受診までの間にあった症状に○をつけてください。

【食欲・食事量】

- 0 食欲はあった
- 1 食欲はおちたが、いつもと同じくらい食べられた
- 2 食欲がなく、食事量が減った
- 3 食事や水分が摂れず、体重減少があったり点滴をした
- 4 食欲がなく、食事が全くとれていなかった

【吐き気】

- 0 なし
- 1 すこしあったが食べられた
- 2 かなりあった、体重は減らなかった
- 3 非常にあり食事や水分がほとんど摂れず点滴をした

【嘔吐】

- 0 なし
- 1 1日に1～2回吐いた
- 2 1日に3～5回吐いた
- 3 1日に6回以上吐いた
- 4 嘔吐が続き、尿量が減ったりした

【口内炎】

- 0 なし
- 1 口の中が赤い、または白いが痛くはなかった
- 2 痛みはあるが食べられた
- 3 痛みがあって食事、水分が摂れなかった
- 4 痛みが強くて食事、水分が全く摂れなかった

【便秘】

- 0 なし
- 1 時々、下剤や浣腸、食事の工夫が必要だった
- 2 毎日、下剤や浣腸、食事の工夫が必要だった
- 3 下剤や浣腸では排便がなく摘便した
- 4 病院で緊急に処置が必要であった

【下痢】

- 0 なし
- 1 1日の便回数が1～3回増えた（量が少し増えた）
- 2 1日の便回数が4～6回増えた（量がかなり増えた）
- 3 1日の便回数が7回以上増えた（量が非常に増えた）点滴をした
- 4 下痢が続き日常生活が困難、あるいは緊急に処置が必要であった

【発熱】

- 0 なし
- 1 38℃台の熱があった
- 2 39℃台の熱があった
- 3 40℃以上の熱が出たが、1日で治まった
- 4 40℃以上の熱が2日以上続いた

【手足のしびれ】

- 0 なし
- 1 異常な感覚、あるいはしびれがあるが生活に支障はない
- 2 しびれがあるが身のまわりのことはできた
- 3 しびれが強く、身のまわりのことをするのに支障があった（物が持てない、ボタンがかけづらい、歩行が困難など）

【生活状況】

- 0 特に症状なく治療前と同様に過ごせた
- 1 軽い労働・家事ができた
- 2 身のまわりのことができた
- 3 身のまわりのことに介助が必要で半日以上横になっていた
- 4 常に介助が必要で、終日横になっていた

【その他、下記のような症状があれば教えてください】

動悸 息切れ むくみ 味覚異常 出血 湿疹
爪・手足の皮膚の変化 疼痛（場所：_____）

その他の症状；

【医師に聞きたいこと、気になることがあれば記入してください】

注）身のまわりのこととは、自分で食事をする、トイレに行く、服を着替えるなどの行動です