

# 体調チェックリスト

## レンビマ®併用療法



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

氏名： \_\_\_\_\_

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)  特に無かった
- 皮膚のかゆみ  じんま疹  声がかすれる  くしゃみが出る  喉のかゆみ  息苦しい
- 胸がどきどきする  意識がうすれる  めまい・ふらつき  血圧の低下

●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。

\*併用療法で注意が必要な症状です。

### 頭部

- 頭痛 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 意識がうすれる いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ

### 眼

- 見え方の異常 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- まぶたが重い いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ

### 口や喉

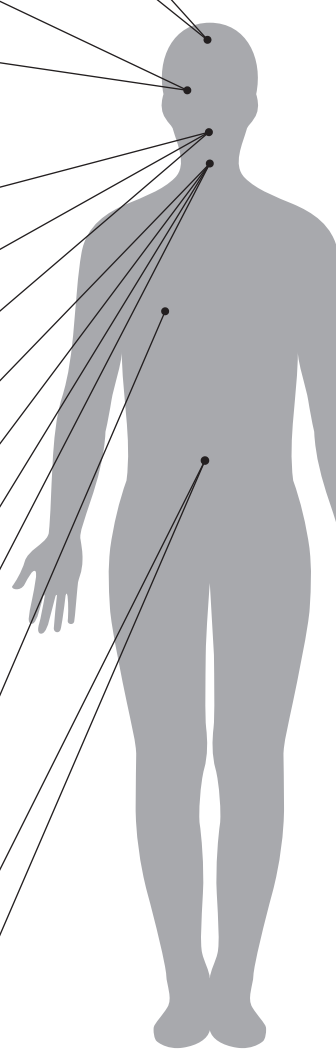
- 口の中や喉が渴きやすい いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 歯ぐきや口内の出血 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- \*  口内炎 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 声のかすれ いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 咳 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- たん、血たん いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 吐き気やおう吐 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ

### 胸部

- 息切れ、呼吸困難、胸の痛み いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ

### 腹部

- 食欲低下 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ
- 腹痛 いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )  
現在も続いていますか?  はい  いいえ



**便**

- 下痢 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ 1日の回数 \_\_\_\_\_ 回
- ネバネバした便や血便 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 便秘 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ 1週間あたり \_\_\_\_\_ 回/週くらい

**尿**

- 尿量の減少、トイレが近い、血尿 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ 1日の排尿回数 \_\_\_\_\_ 回
- \*  尿の泡立ち 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ

**手・足**

- 手足に力が入らない、手指のふるえ 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- \*  手のひらや足の裏の痛みや腫れ 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- しびれ 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ

**皮膚**

- 発疹などの皮膚症状、くちびるのただれ 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 皮膚が黄色くなる 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ

**全身**

- むくみ 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 疲れやすい・だるい 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ
- けいれん 　　いつからですか？ ( )  
現在も続いていますか？ はい いいえ

●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。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 病院に行った<br>どんな症状で病院に行きましたか？ ( )<br><br>キイトルーダ®とレンビマ®の併用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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><br>診断名は何でしたか？ ( )<br><br>薬をもらいましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (もらった薬: _____)<br><br>症状は治りましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 自分で薬を買って飲んだ<br>どんな薬を飲みましたか？ (飲んだ薬: _____)<br><br>症状は良くなりましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|--|---|

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。

