

体調チェックリスト

記入日： 年 月 日

併用療法
(食道がん)



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

● 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。

意識が薄れる いつからですか？ ()

現在も続いていますか？ はい いいえ

* 物忘れ いつからですか？ ()

現在も続いていますか？ はい いいえ

* 脱毛 いつからですか？ ()

現在も続いていますか？ はい いいえ

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

どんな異常ですか？ _____

^{まぶた} 瞼が重い いつからですか？ ()

現在も続いていますか？ はい いいえ

* 耳が聞こえにくい、耳鳴り いつからですか？ ()

現在も続いていますか？ はい いいえ

口の中や喉が渇きやすい 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

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

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？ ()

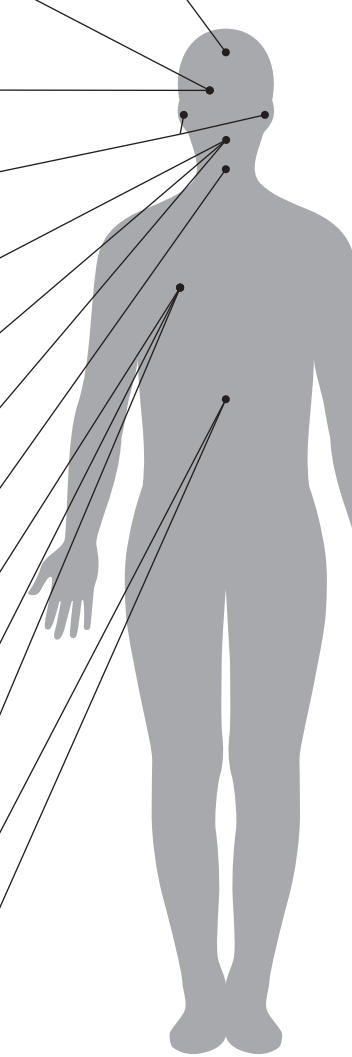
現在も続いていますか？ はい いいえ

食欲不振 いつからですか？ ()

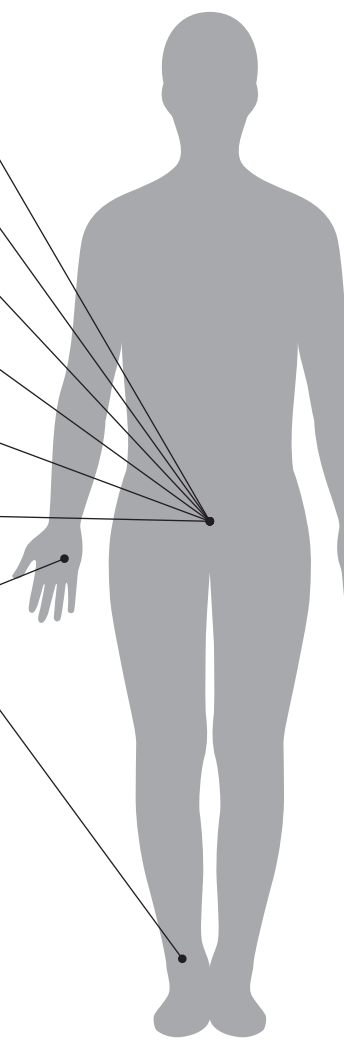
現在も続いていますか？ はい いいえ

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



- 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
- 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
- 腹痛 いつからですか？ ()
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 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
- * 多尿 いつからですか？ ()
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 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
- 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
- * 全身の症状 いつからですか？ ()
現在も続いていますか？ はい いいえ
- * 発熱 いつからですか？ ()
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 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
- 黄疸 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
- * 動作が緩慢 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
どんな症状で病院に行きましたか？ ()

キイトルーダ®と化学療法の併用治療中
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

診断名は何でしたか？ ()

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: _____)

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
どんな薬を飲みましたか？
(飲んだ薬: _____)

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。