

体調チェックリスト

記入日： 年 月 日

併用療法
(頭頸部がん)



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。

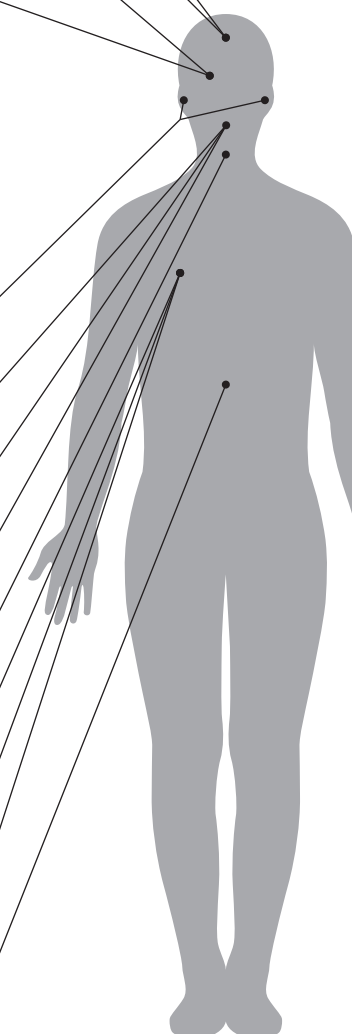
●前回の点滴後に以下のような症状があった場合は、チェックしてください。

- 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

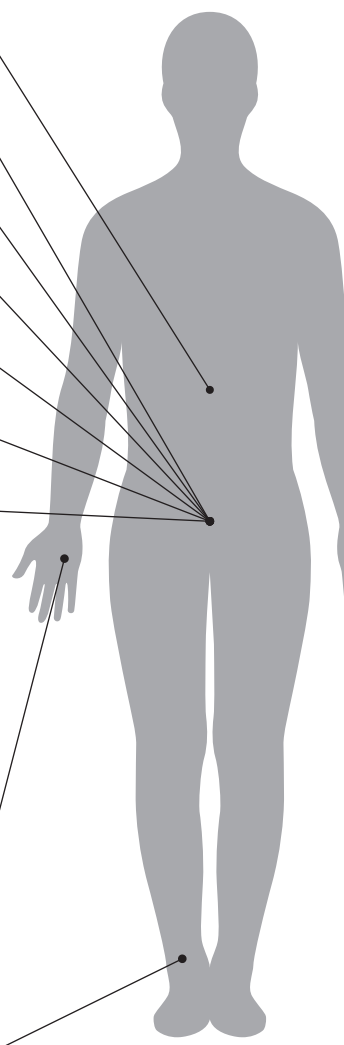
●前回の受診から今日までの間に、以下のような体調の変化があった場合には、チェックしてください。

*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
- 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
- * 発熱 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
- * 耳が聴こえにくい、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
- 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
- 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
- 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
- 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
- * 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
- 黄疸 　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
- 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
- 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
- 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



●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？ () | <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: _____) |
| 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？ | 症状は良くなりましたか？ |
| 診断名は何でしたか？ () | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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: _____) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 症状は治りましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <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。