

体調チェックリスト

記入日： 年 月 日

併用療法/単剤療法
(トリプルネガティブ乳がん)



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。

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

眼

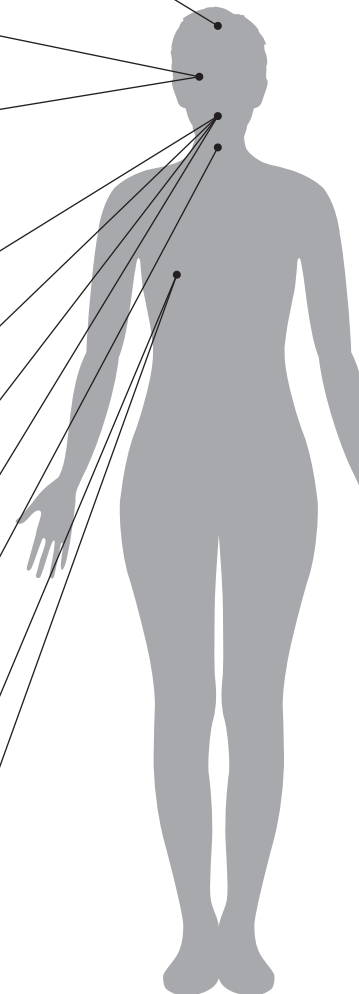
- 見え方の異常 いつからですか？ (_____)
現在も続いていますか？ はい いいえ
- まぶたが重い いつからですか？ (_____)
現在も続いていますか？ はい いいえ

口や喉

- 咳、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
- 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
- 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

胸部

- 息切れ いつからですか？ (_____)
現在も続いていますか？ はい いいえ
- 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

- 腹痛 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

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
- 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
- ネバネバした便 いつからですか？ ()
 現在も続いていますか？ はい いいえ

尿

- トイレが近い、血尿、尿量の減少 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

手・足

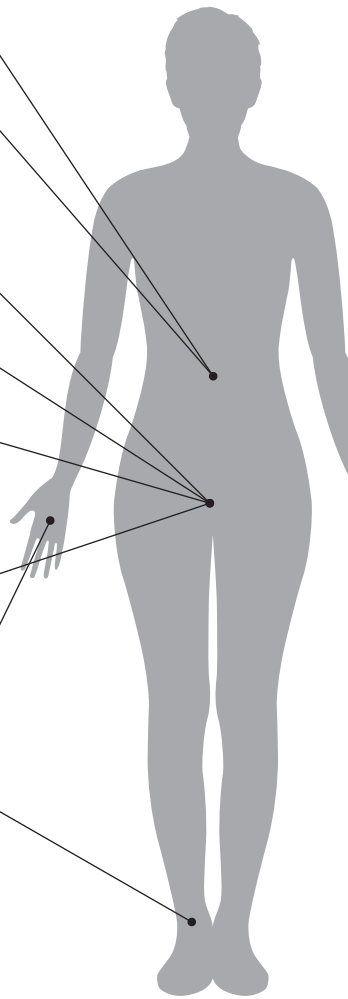
- しびれ いつからですか？ ()
 現在も続いていますか？ はい いいえ

皮膚

- 発疹などの皮膚症状 いつからですか？ ()
 現在も続いていますか？ はい いいえ

全身

- 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
- 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



●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。

- 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®と化学療法の併用あるいはキイトルーダ®単剤で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
- 診断名は何でしたか？ ()
- 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
- 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？
はい 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。