

体調チェックリスト

記入日： 年 月 日

併用療法
(非小細胞肺癌)



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： _____

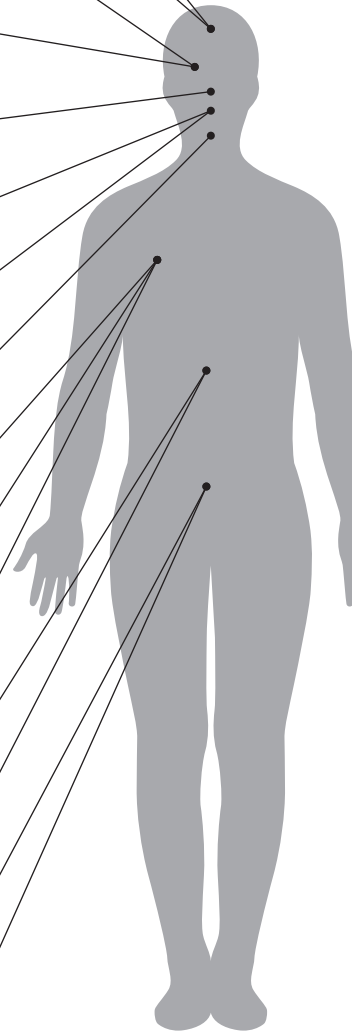
注)キイトルーダ®による副作用は、治療中及び治療終了後にあらわれる可能性があります。治療が終わってからも、体調の変化を確認していきます。

●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。

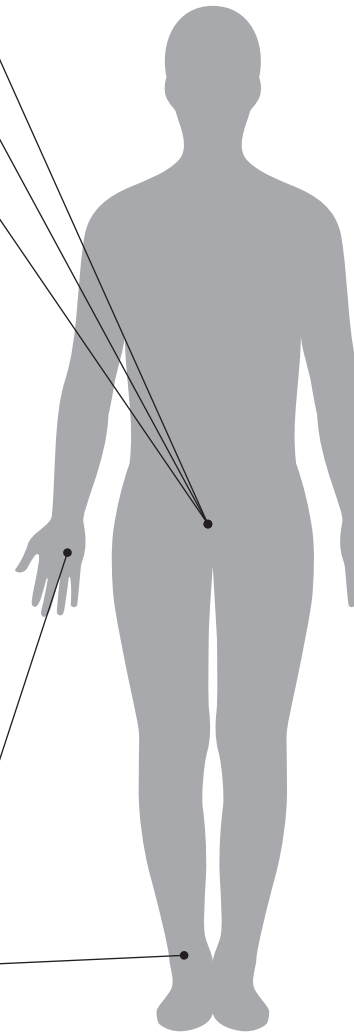
- 症状があった(当てはまるものにチェックしてください) 特に無かった
- 皮膚のかゆみ じんま疹 声がかすれる くしゃみが出る 喉のかゆみ 息苦しい
胸がどきどきする 意識がうすれる めまい・ふらつき 血圧の低下

●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。

- 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
- 鼻血 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、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
- 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
- 筋肉痛** 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
- 内出血** いつ気づきましたか？ ()
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
- 脱毛** 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？ ()

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。