

体調チェックリスト

単剤療法



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： _____

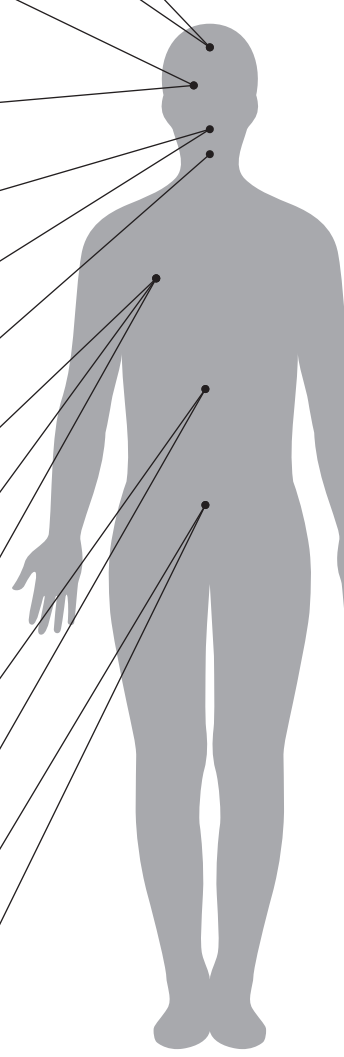
注)キイトルーダ®による副作用は、治療中及び治療終了後にあらわれる可能性があります。治療が終わってからも、体調の変化を確認していきます。

●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。

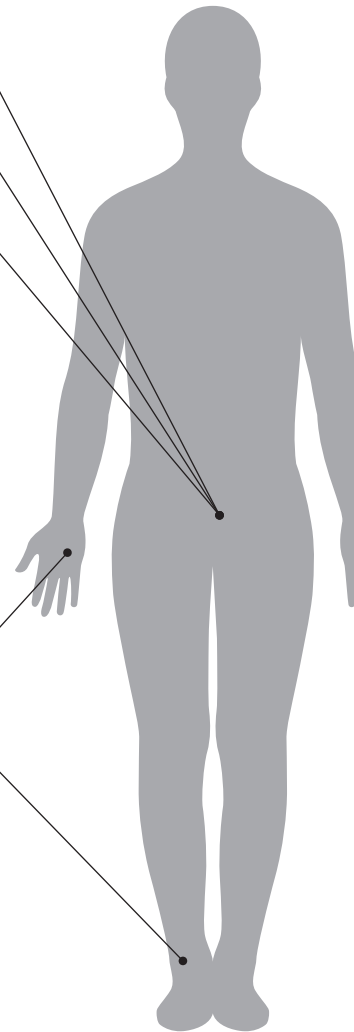
- 症状があった(当てはまるものにチェックしてください) 特に無かった
- 皮膚のかゆみ じんま疹 声がかすれる くしゃみが出る 喉のかゆみ 息苦しい
- 胸がドキドキする 意識がうすれる めまい・ふらつき 血圧の低下

●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
- 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
- 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
- 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？
{ _____ }
キイトルーダ®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。 —