

体調チェックリスト

併用療法
(食道がん)



氏名	
----	--

● 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	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 低い
体重	kg	前回と比べ	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 減った

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。

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

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。		いつからですか	現在も続いていますか	
			はい	いいえ
頭部・耳	<input type="checkbox"/> 意識が薄れる	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 物忘れ	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい、耳鳴り	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼	<input type="checkbox"/> 見え方の異常 どんな異常ですか? _____	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> まぶた 瞼が重い	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻・口・喉	<input type="checkbox"/> 口の中や喉が渇きやすい	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 歯ぐきや口内の出血	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 口内炎	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 声のかすれ	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 咳	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> たん、血たん	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部	<input type="checkbox"/> 息切れ、呼吸困難、胸の痛み	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部	<input type="checkbox"/> 吐き気やおう吐	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 腹痛	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手・足	<input type="checkbox"/> 手足に力が入らない、手指のふるえ	[]頃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

