

# 体調チェックリスト

併用療法  
(頭頸部がん)



|    |  |
|----|--|
| 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<br>(当てはまるものに<br>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                             |                                   |                                |                                   |                                  |

\*併用療法で注意が必要な症状です。

| 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"/> 頭痛                        | [ ]頃    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> 意識がうすれる                   | [ ]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<br>どんな異常ですか? _____ | [ ]頃    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> まぶたが重い                    | [ ]頃    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

| 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       | 現在も続けていますか               |                          |
|--|--|---------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  |               | はい                       | いいえ                      |
| 便  | <input type="checkbox"/> 下痢<br>1日の回数[          ]回                | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> ネバネバした便や血便                              | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> 便秘                                      | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 尿  | <input type="checkbox"/> 尿量の減少、トイレに近い、血尿<br>1日の排尿回数[          ]回 | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | * <input type="checkbox"/> 多尿                                    | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 皮膚   | <input type="checkbox"/> 発疹などの皮膚症状、くちびるのただれ                      | [          ]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"/> |
| 全身   | <input type="checkbox"/> 食欲不振                                    | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | * <input type="checkbox"/> 発熱                                    | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | * <input type="checkbox"/> 脱毛                                    | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> むくみ                                     | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> 疲れやすい、だるい                               | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> 黄疸                                      | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | * <input type="checkbox"/> 動作が緩慢                                 | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> けいれん                                    | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> しびれ                                     | [          ]頃 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

● 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。

