化学療法　副作用チェックシート

診療科：

体重　　　　　　　kg、体温　　　　℃

血圧　　　/　　　　、脈拍

治療日：　　　　　年　　　　月　　　　　　日

来院日：　　　　　年　　　　月　　　　　　日

ID：　　　　　　　　　　　　氏名：

★前回の治療から本日までで最も強い症状の程度に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 吐き気 | なし | 食欲は低下したが、食事量は変わらない | 吐き気で食事量が減った | 食事や水分が摂れなかった |
| 下痢 | なし | 1日に1-3回の下痢があった | 1日4-6回の下痢があった | 1日に7回以上の下痢があった |
| 便秘 | なし | 食事の工夫や時々下剤を使用した | 毎日下剤を使用し排便があった | 毎日下剤を使用しても改善しなかった |
| 口内炎 | なし | 口内炎はあったが食べられた | 痛みがあり、食事内容を工夫した | 痛みがあり、食事が出来ない事があった |
| しびれ | なし | 手足の軽いしびれや違和感があった | しびれはあるが、生活に支障はない | 入浴や食事・トイレに支障がある |
| 味覚障害 | なし | 味の変化があったが食べられた | 味の変化があったため食事内容に影響した |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | あり | なし |  | あり | なし |
| 体がだるい |  |  | 皮膚に発疹がある |  |  |
| 食欲がない |  |  | 皮膚に痒みがある |  |  |
| 38度以上の発熱 |  |  | 目や口の中がただれる |  |  |
| 息苦しさ |  |  | 喉が渇く |  |  |
| 乾いた咳 |  |  | 尿量が増えた |  |  |
| まぶたが下がる |  |  | むくみがある |  |  |
| ものが二重に見える |  |  | 関節痛がある |  |  |
| 筋肉痛 |  |  | 脱力感 |  |  |

その他の症状