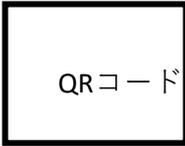


## 薬物療法を受けている患者の皆様へ

ID 自動入力      氏名 自動入力      年齢 自動      性別 自動

記載日 自動入力

今日の体重      Kg      診察前の血圧      /



この問診票は、治療による副作用の状況を確認して対策が取れるようにするためのものです。

前回の受診時から今回の受診までの間にあった症状に○をつけてください。

この用紙は薬局でお薬を受け取る際、又は医療機関に受診の際にお渡してください。

吐 き 気	0：なし 1：少しあったが食べられた 2：かなりあったが体重は減らなかった 3：体重が減ったり、点滴をした	嘔 吐	0：なし 1：1日に1～2回吐いた 2：1日に3～5回吐いた 3：1日に6回以上吐いた
下 痢	0：なし 1：1日の便の回数が1～3回増えた 2：1日の便の回数が4～6回増えた 3：1日の便の回数が7回以上増えた	便 秘	0：なし 1：時々薬を飲めば出る 2：定期的に薬を飲むようになった 3：浣腸をしている
口 内 炎	0：なし 1：痛みはないが口内炎は出来ている 2：痛みがあり食事が思うようにとれない 3：痛みが強く食事がとれない	食 欲 不 振	0：なし 1：食欲がない期間が2～3日続く 2：食欲がない期間が1週間以上続く 3：ずっと食欲がない
発 熱	0：なし 1：あり      (      °C)	脱 毛	0：なし 1：少しの脱毛 2：大量の脱毛 (50%以上)
し び れ	0：なし 1：感覚の変化はあるが痛みはない 2：しびれはあるが身の回りのことはできた 3：しびれが強く身の回りのことができない (ボタンがかけづらい・物を落とす)		
手 足 の 皮	0：なし 1：痛みはないが皮膚の変化がある 2：痛みはあるが身の回りのことはできる 3：痛みがあり身の回りのことができない		
筋 力 低 下	0：なし 1：軽い症状 2：身の回りのことはできる 3：身の回りのことができない	だ る さ	0：なし 1：身の回りのことはできる 2：身の回りのことができない

その他に気になる症状、質問がありましたらお書きください。

医療施設 担当者様

医療者記載欄

何かございましたら下記に連絡をお願い致します  
 済生会宇都宮病院 連絡先：028-626-5500 (代表)

レジメン名      クール      日目

実施状況 減量    あり    なし

済生会宇都宮病院 化学療法センター