

ID
お名前

お薬処方希望について		体重をお書き下さい
いつも使用しているお薬以外に処方希望されるお薬があれば、()に○をつけてください。		
() 吐き気を止める薬		kg
() 味覚異常をやわらげる薬		体温をお書き下さい
() 便を止める薬(下痢止め)		
() 口内炎の薬		°C
() うがい薬		血圧をお書きください
() しびれを治す薬		
() 皮膚の塗り薬(かゆみや乾燥肌など)	主治医確認サイン	mmhg
() 痛みをやわらげる薬(鎮痛薬)		
() その他()		ケモ室確認サイン

栄養師からの栄養指導を希望されますか？ 希望する() 希望しない()
 ※希望されるかたは都合の良い日時をご記入ください(平日のみ) 月 日 時頃

★「前回の化学療法投与日又は受診日」から「今回の受診日」までの間で、もっとも強かった症状に当てはまる項目へ『○』や『レ』などをつけてください

1)日常生活:日常の作業や労働は？

<input type="checkbox"/> 限られた身の回りのことしかできず、1日の半分以上をベッドか椅子で過ごしていた	<input type="checkbox"/> 歩行はでき、自分の身の回りのことはできるが、家事などの作業をするのは難しかった	<input type="checkbox"/> 走るなど激しい活動は難しいが、歩行や家事などの軽作業はできた	<input type="checkbox"/> 問題なく活動できた
---	--	---	------------------------------------

2)食事の量・食欲の低下は？

<input type="checkbox"/> 数日間、食事・水分をとれず、体重が減った	<input type="checkbox"/> 食べる量が減ったが、体重は減らなかった	<input type="checkbox"/> 食欲低下はあったが、食べる量は変わらなかった	<input type="checkbox"/> なかった
---	--	---	-------------------------------

3)味覚は変わりましたか？

<input type="checkbox"/> 食生活が変わるような味の変化があった。(例えば、まずい味がした、味がなくなった)	<input type="checkbox"/> 食生活は変わらなかったが、味の変化があった。	<input type="checkbox"/> なかった
---	---	-------------------------------

4)吐き気・むかつきは？

<input type="checkbox"/> 吐き気のため、数日間、食事・水分を取れなかった	<input type="checkbox"/> 吐き気のため、食べる量が減った	<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが、食事は食べられた	<input type="checkbox"/> なかった
--	--	---	-------------------------------

5)嘔吐は？

<input type="checkbox"/> 1日(24時間)のうち6回以上吐いた	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)のうち3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)のうち1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 吐かなかった
---	---	---	---------------------------------

6)下痢は？

<input type="checkbox"/> 1日のうち7回以上下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日のうち4~6回の下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)のうち1~3回の下痢があった	<input type="checkbox"/> なかった
--	---	---	-------------------------------

7)便秘は？

<input type="checkbox"/> 頑固な便秘で、日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> 症状があり、ほぼ毎日薬を使用していた	<input type="checkbox"/> 時々あり、食事の工夫をし、薬を使用していた	<input type="checkbox"/> なかった
---	---	--	-------------------------------

8)倦怠感は？

<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> 疲れのため日常生活の一部に支障があった	<input type="checkbox"/> 軽い疲れを感じた	<input type="checkbox"/> なかった
--------------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------

9) 脱毛は？			
<input type="checkbox"/> すでに抜けている	<input type="checkbox"/> ほとんど抜けた	<input type="checkbox"/> 髪が薄くなった	<input type="checkbox"/> 髪の毛は抜けなかった
10) 全身の皮膚の状態は：発疹、蕁麻疹、かゆみ、皮膚の赤み、乾燥などの症状は？			
<input type="checkbox"/> あった ★症状のあった部位（ ★具体的な症状（			<input type="checkbox"/> なかった
11) 手足の皮膚・爪の症状（手足症候群）：色の変化（黒くなる、赤くなる）、チクチク感、腫れ、爪の変化などは？			
★症状のあった部位（			
<input type="checkbox"/> 痛みがあり、日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> 痛みがあったが、日常生活に支障がなかった	<input type="checkbox"/> あったが、痛みを感じることはなかった	<input type="checkbox"/> なかった
12) しびれ（神経障害）：手、足、のど、口の周りなどにしびれ、違和感などの症状			
<input type="checkbox"/> しびれがあり、日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> しびれがあり、動かしにくかった	<input type="checkbox"/> しびれがあったが、正常に動かせた	<input type="checkbox"/> なかった
※しびれや違和感があった方は該当する箇所に○をつけてください			
★症状のあった部位：手（指先・手のひら・手首）、足（指先・足の裏・足首）、のど、口の周り その他（			
13) 口内炎は？			
<input type="checkbox"/> できたため、食べることができなかった	<input type="checkbox"/> できたが、食事内容を工夫し食べる量に影響はなかった	<input type="checkbox"/> できたが、とくに食べる量に影響はなかった	<input type="checkbox"/> できなかった
14) 発熱			
<input type="checkbox"/> 熱が出た 発熱（最高 38℃以上が（ 月 日）から（ 月 日）まで続いた			<input type="checkbox"/> 熱は出なかった
15) 痛み			
<input type="checkbox"/> 痛みが強く日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> 痛みで動かしにくいですが、生活に支障はなかった	<input type="checkbox"/> 痛みがあったが、問題なく体を動かせた	<input type="checkbox"/> 痛みはなかった
痛みがあった方は、痛みについて記入してください。			
★痛みがあった部位（			
①痛み止めを使っていない方：（ <input type="checkbox"/> 痛み止めがなくても我慢できる		<input type="checkbox"/> 痛み止めが必要	
②痛み止めを使っている方：（ <input type="checkbox"/> 痛みを抑えることができる		<input type="checkbox"/> 痛みを抑えられない	
16) むくみ（浮腫）			
<input type="checkbox"/> むくみが強く日常生活に支障があった	<input type="checkbox"/> むくみがあり見た目に分かる	<input type="checkbox"/> むくみが軽くある	<input type="checkbox"/> むくみはない
17) 眼の症状（目のかすみ、かわき、涙が出るなど）			
<input type="checkbox"/> 症状があり、日常生活に支障があった。	<input type="checkbox"/> 症状があったが、日常生活には支障なかった。	<input type="checkbox"/> 時々、症状があった。	<input type="checkbox"/> なかった
★その他、気になる事・症状がある方は自由にお書きください			

※診察時、医師に提出してください。

※診察後、点滴治療のある方は、外来化学療法室の看護師にもう一度提出してください。