

副作用チェックシート

診療科：

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○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 食事は変わらない | 吐き気で食事が 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日に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 | / | 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ている | | |
| 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