

## 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