

❖ 副作用チェックシート ❖

治療中のあなたの体調・状況を教えてください。

該当する項目を☑選択して下さい。

他の医療機関(病院・診療所・薬局)に行った際は、化学療法シートと一緒にお見せ下さい。

[全身状態]

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッド上で過ごす。	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドが椅子で過ごす。

[副作用]	該当なし	該当あり			
		発現時期	グレード1	グレード2	グレード3
記入例	<input type="checkbox"/>	12/24	<input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input checked="" type="checkbox"/> 休息により軽快しない疲労。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 休息により軽快しない疲労。日常生活に影響がある
疲 勞	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 休息により軽快する疲労	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 休息によって軽快しない疲労。日常生活に影響がある
食 欲 不 振	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食べる量が明らかに減少した	<input type="checkbox"/> ほとんど食べることができない
悪 心	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが食べる量があまり変わらない	<input type="checkbox"/> 吐き気がして食べる量が明らかに減少した	<input type="checkbox"/> 吐き気によりほとんど食べるができない
嘔 吐	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 24時間あたり1回吐いた	<input type="checkbox"/> 24時間あたり2~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 24時間あたり6回以上吐いた
発 熱	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 38.0-39.0℃	<input type="checkbox"/> 39.1-40.0℃	<input type="checkbox"/> 40.0℃以上が24時間以内
口 内 炎	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 症状は軽い	<input type="checkbox"/> 食事はとれる。痛み・潰瘍があり、食事を工夫すれば食べることが出来る	<input type="checkbox"/> 痛みがあり、食事がとれない
味 覚 異 常	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食事量は減らないが味に変化がある	<input type="checkbox"/> 不快な味や味覚がなくなり、食事量が減った	<input type="checkbox"/>
下 痢	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 普段の排便回数より3回/日以内の範囲で増加した	<input type="checkbox"/> 普段の排便回数より4~6回/日範囲で増加。日常生活に影響は少ない	<input type="checkbox"/> 普段の排便回数より7回/日以上増加した。日常生活に影響ある
便 秘	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 時々便秘になり、下剤等を使用する	<input type="checkbox"/> 毎日下剤等を使用する。日常生活に影響はない。	<input type="checkbox"/> 頑固な便秘で病院で処置している。日常生活に影響ある
脱 毛	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 遠くからではわからないが近くで見るとわかる50%未満の脱毛	<input type="checkbox"/> 他人にも容易にわかる50%以上の脱毛。	<input type="checkbox"/>
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 手足の感覚の低下	<input type="checkbox"/> しびれがあるが、日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> しびれがあり、日常生活に影響がある
爪 囲 炎	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 爪壁の浮腫や紅斑、角質の剥脱	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う爪壁の浮腫や紅斑、滲出液や爪の分離を伴う	<input type="checkbox"/> 日常生活に影響がある
手足症候群	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う高度の皮膚の変化、日常生活に影響がある
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 体表面積10%未満を占める皮疹	<input type="checkbox"/> 体表面積10-30%を占める皮疹。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 体表面積30%以上を占める皮疹。日常生活に影響がある
関 節 痛	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛。日常生活に影響がある
筋 肉 痛	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 軽度の疼痛	<input type="checkbox"/> 中等度の疼痛。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 高度の疼痛。日常生活に影響がある
咳	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 中等度の症状。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 高度の症状。日常生活に影響がある
呼吸困難	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 中等度の労作に伴う息切れがある	<input type="checkbox"/> 軽度の労作に伴う息切れがある。日常生活に影響はない	<input type="checkbox"/> 労作時の息切れがある。日常生活に影響がある

その他、気になる事がありましたら記載して下さい。