

副作用チェックシート

1コース目		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		治療日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
体温（一日の最高値）		度	度	度	度	度	度	度
普段と比べて記入下さい	食事量 ◎：同じ ○：半分以上 △：半分以下 ×：食べられず	朝						
		昼						
		夕						
	食欲	○：同じ △：食欲はないが食べられる ×：食欲がなく食べられない						
吐き気	○：同じ △：少しむかむかする ×：ひどくむかむかする							
朝起きた時から次の朝までの回数を記入下さい。		嘔吐	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
		便秘	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
少しでも症状があれば○をお書き下さい	動悸・息切れ							
	咳・痰がでる							
	だるさ							
	不眠							
	口内炎							
	歯・歯肉の異常 (痛み、腫れなど)							
	味覚の変化							
	皮膚の異常 (あれ、湿疹など)							
	注射部位の異常 (痛み、腫れなど)							
	しびれ							
	むくみ							
筋肉痛・関節痛								
尿の異常 (痛み、血尿など)								
一日通してどうでしたか？ (数値でお書き下さい)								
①😊 ②😐 ③😞								
抗生剤（内服／点滴）治療								
G-CSF（ケラ／イトゾン）治療								
その他	・気づいたこと ・飲んだ薬 など							

副作用チェックシート

1コース目		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
体温（一日の最高値）		度	度	度	度	度	度	度
普段と比べて記入下さい	食事量 ◎：同じ ○：半分以上 △：半分以下 ×：食べられず	朝						
		昼						
		夕						
	食欲	○：同じ △：食欲はないが食べられる ×：食欲がなく食べられない						
吐き気	○：同じ △：少しむかむかする ×：ひどくむかむかする							
朝起きた時から次の朝までの回数を記入下さい。		嘔吐	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
		便秘	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
少しでも症状があれば○をお書き下さい	動悸・息切れ							
	咳・痰がでる							
	だるさ							
	不眠							
	口内炎							
	歯・歯肉の異常 (痛み、腫れなど)							
	味覚の変化							
	皮膚の異常 (あれ、湿疹など)							
	注射部位の異常 (痛み、腫れなど)							
	しびれ							
	むくみ							
筋肉痛・関節痛								
尿の異常 (痛み、血尿など)								
一日通してどうでしたか？ (数値でお書き下さい)								
①😊 ②😐 ③😞								
抗生剤（内服／点滴）治療								
G-CSF（ケラツ/ノイトゾン）治療								
その他 ・気づいたこと ・飲んだ薬 など								