

体調管理ダイアリー —治療日記—



監修

岡山赤十字病院 院長補佐/薬剤部 部長
日本医療薬学会認定 がん指導薬剤師 森 英樹 先生

年 月 日 ~ 年 月 日

抗がん剤(化学療法)治療中に

こんな症状が出たらすぐに連絡！

発熱	38度以上の発熱
下痢	激しい下痢、水のような便、下痢が長く続く、1日の排便回数が普段よりも4回以上増加。タール便
口内炎	広い範囲に痛みがある。水分や食事がとれない。
吐き気、嘔吐	症状が強い、症状が長く続く、1日に何回も吐く。水分や食事がとれない。
皮膚症状	体全体の30%以上に皮疹(発疹)、赤みがあり、かゆみが強い。黄疸がみられる。
呼吸器症状	息切れ、咳が出る(空咳)。

かかりつけの病院・薬局情報

病院名・薬局名

担当医師・担当薬剤師

TEL

朝一、7つのチェック

1 全身

熱はありませんか?、歯茎から血が出たりしませんか?
めまいはありませんか?(骨髄抑制)
湿疹・かゆみなどは出ていませんか?(皮疹・発疹、アレルギー)
だるくありませんか?(倦怠感)

2 胸

ドキドキしませんか?、苦しくないですか?(心疾患)
息苦しくありませんか?、咳はありませんか?(間質性肺炎)

5 腎

尿が出にくいですか?
(腎障害)

3 肝・胃

気分が悪くありませんか?
(吐き気)
吐くことはありませんか?
(嘔吐)
体重は減っていませんか?
(食欲不振)

6 手足

しびれていませんか?
(末梢神経障害)
はれていませんか?
(手足症候群)
爪が変色していませんか?
(爪の変化)

4 お腹

下痢はありませんか?
(下痢)

7 眼・口腔

口内炎はありませんか?
(口内炎)

毎日、5つのチェック

睡眠
すいみん

食事
しょくじ

熱
ねつ

体重
たいじゅう

排便
はいべん

す・し・ね・た・は
今日の「寿司ネタは?」
と覚えましょう。

副作用が現れる時期や種類、どのような程度かは、患者さんによって異なります。治療を受けていて気になる症状や不安なことがあるときは、すぐに医師、薬剤師、看護師に相談しましょう。

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

	見本							
記入日	1/18	/	/	/	/	/	/	/
投与した日	○							
体重	66.0 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	36.1 °C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
血圧	129/84 mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	3 回	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (1 回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

先生に伝えたいこと

1/18は特に吐き気がひどかった。

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

治療日記

毎日、記録しましょう。☑ 副作用を感じたものにチェックを入れてください。

記入日	/	/	/	/	/	/	/
投与した日							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
食事の量	通常	通常	通常	通常	通常	通常	通常
	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない	食べられない
排便	回	回	回	回	回	回	回
下痢	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)	有 無 (回)
睡眠	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良	悪 良
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ・咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手足のしびれ・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
筋肉痛・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
先生に伝えたいこと							

体調管理ダイアリー
—治療日記—

