

氏名:				問診日: 月 日	
体温 ℃	脈拍 回/分	血圧 mmHg	SPO2 %	体重 kg	ポート部観察 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> 腫れあり <input type="checkbox"/> 発赤あり

★「前回の化学療法投与日または受診日」から「今回の受診日」までの間で、以下の項目で当てはまる所にチェックをつけてください。項目になければ、その他にご記入してください

項目	Grade:0	Grade:1	Grade:2	Grade:3
発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 38～39℃の発熱	<input type="checkbox"/> 39～40℃の発熱	<input type="checkbox"/> 40℃以上の発熱
	発熱があったのはいつですか？()			
消化器症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食欲低下・吐き気はあるが食べられる	<input type="checkbox"/> 食事は減ったが体重減少はなし	<input type="checkbox"/> 食事・水分が摂れず体重減少あり
食欲不振		<input type="checkbox"/> 1日に1～2回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日3～5回の嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日に6回以上の嘔吐
吐き気	食欲不振・吐き気・嘔吐があったのはいつですか？()			
嘔吐		<input type="checkbox"/> 排便回数増加が1日4回以下	<input type="checkbox"/> 1日に4～6回の排便回数増加	<input type="checkbox"/> 1日に7回以上の排便回数増加
排便状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 下剤を使用することがある	<input type="checkbox"/> 毎日下剤を使用する	<input type="checkbox"/> 下剤で改善がなく敵便を要する
下痢	下痢・便秘があったのはいつですか？()			
便秘		<input type="checkbox"/> だるさはあるが日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に支障あり	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない
だるさ	<input type="checkbox"/> なし	だるさがあったのはいつですか？()		
口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 口内炎はあるが食事に支障なし	<input type="checkbox"/> 食事の工夫が必要	<input type="checkbox"/> 食事ができない
	口内炎があったのはいつですか？()			
しびれ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> しびれはあるが日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に支障あり	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない
	しびれがあったのはいつですか？()			
痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 痛みはあるが日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活に支障あり	<input type="checkbox"/> 身の回りのことができない
	痛みがあったのはいつですか？()			

*どこにどのような症状がありましたか？ 部位や症状に印や○をつけ、記入してください

見え方の異常・まぶたの重み
顔の筋肉が動きにくくなる

頭痛・意識がうすれる

口が乾く・口内出血
口唇のただれ・声のかすれ

咳・痰・血痰・息切れ・呼吸困難・胸の痛み

血便・ねばねばした便・腹痛
頻尿・血尿・尿量の減少

手足に力が入らない・手指の震え

黄疸（皮膚や目が黄色い）
皮膚症状（そう痒、発赤、炎症、痂皮、肥厚、落屑、水疱等の皮膚変化など）
体重減少・体重増加
むくみ（部位： ）
けいれん

www.menudospeques.net

その他:相談や気になる事を記入してください