

化学療法を受けられる患者さまへ（問診票）

ID

氏名

*本日の体調（ 良い・普通・悪い ）

体温： 血圧： 脈拍：

なお、体調がすぐれない場合は受付へお申し出ください

*記入が終わりましたら、受付にお渡しください

①前回治療～本日までの症状（一番症状が強いとき）についてお答えください

<input type="checkbox"/> <u>症状が全くなかった場合はここだけチェックしてください</u>				医療者 記載欄
1) 日常生活：日常の作業や労働について				
<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 歩行や軽労働は行えた	<input type="checkbox"/> 身の回りのことは行えた	<input type="checkbox"/> 一日の半分以上を横になって過ごした（ 日間）	
2) 発熱				
<input type="checkbox"/> 発熱なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）℃			
発熱した時に薬を使用しましたか？ <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 使った：薬剤名_____）				
3) 食事の量や食欲				
<input type="checkbox"/> 普段と変わらない	<input type="checkbox"/> 食欲は低下したが食べられた	<input type="checkbox"/> 食欲の低下で食事量が減った *通常の_____割程	<input type="checkbox"/> 数日間食事・水分がとれなかった	
4) 吐き気やむかつき				
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吐き気はあるが食べられた	<input type="checkbox"/> 吐き気で食事量が減った *通常の_____割程	<input type="checkbox"/> 数日間食事・水分がとれなかった	
5) 嘔吐				
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1日（24時間）1～2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日（24時間）3～5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日（24時間）6回以上吐いた	
6) 下痢				
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1日で1～3回の下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日で4～6回の下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日で7回以上の下痢があった	
*下痢の状態： <input type="checkbox"/> 有形便（形はある） <input type="checkbox"/> 泥状便（泥みたい） <input type="checkbox"/> 水様便（水みたい） *腹痛の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *薬の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名：_____）				

質問は裏面にもあります

7) 便秘			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 食事の工夫や下剤を使用した	<input type="checkbox"/> 毎日下剤を使用した	<input type="checkbox"/> 下剤を使用しても改善しなかった
8) □内炎			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> □内炎はあったが食べられた	<input type="checkbox"/> 食事内容の工夫をした	<input type="checkbox"/> 食事がとれないことがある
9) 息切れ			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 休息により回復した	<input type="checkbox"/> 日常生活の一部（仕事など）に支障がある	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある（身の回りの動作）
10) しびれ			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> しびれはあるが変わらずに動かせる	<input type="checkbox"/> しびれで動かすにくい	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある
*前回と比べて： <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 悪化している			
			
11) からだの痛み			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 痛みは時々あるが、日常生活や睡眠に支障なし	<input type="checkbox"/> 痛みが持続的で日常生活に影響がある	<input type="checkbox"/> 痛みが持続的で眠れない
*前回と比べて： <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽減している <input type="checkbox"/> 悪化している			
*屯用で痛み止めの使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬の名前： <input type="text"/> 使用回数： <input type="text"/> /日）			
12) 手足の皮膚・爪の症状			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 痛みを伴い日常生活に影響がある	<input type="checkbox"/> 日常生活が遂行できない
皮膚症状がある部分に○を付けて下さい（なければ記入不要）			
			
		症状：乾燥・皮がむける・かゆい 亀裂がある・赤くなっている・痛い	
*その他の部位：（頭皮・首・顔・胸・背中・腹部・臀部・腕・ふくらはぎ・ふともも）			

③その他気になること（つらさや経済面、仕事など）や聞きたい事（治療方針やセカンドオピニオンのご相談など）があればお書きください