

# JCHO熊本総合病院 婦人科宛

## FAX(0965)32-2772

症状確認シート	
レシマ+キイトルーダ	名前 _____ 年 _____ 月 _____ 日
服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬できた <input type="checkbox"/> 服薬できないことがあった ( _____ 回分)
高血圧	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 収縮期血圧 ( _____ ) 拡張期血圧 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 収縮期160以上 <input type="checkbox"/> 拡張期90以上
手足症候群	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 軽微な皮膚の変化や皮膚炎 (赤み・はれ・かさかさ) がある <input type="checkbox"/> 痛みがあり、身の回り以外の日常生活動作に制限がある <input type="checkbox"/> 痛みがあり、身の回りのことができない 【その他】 <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> ひりひり <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> ひび割れ <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 角質が厚くなる <input type="checkbox"/> 出血
皮膚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、片腕、片足のどこか1箇所にてきている <input type="checkbox"/> 皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、両腕、両足の2箇所にてきている <input type="checkbox"/> 皮疹が顔、頭、お腹、胸、背中、両腕、両足のどこか3箇所以上にきている 【その他】 <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 滲出液 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 発熱
倦怠感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> だるさはある <input type="checkbox"/> だるさはあるが、身の回りのことは自分でできる <input type="checkbox"/> だるさがあり、身の回りのことが自分でできない <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできない <input type="checkbox"/> 休むと回復する <input type="checkbox"/> 1日の半分以上起きてられない
悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 軽い吐気があるが食事はとれる <input type="checkbox"/> 吐気あり食事は少量、または経口栄養剤を補助している <input type="checkbox"/> 強い吐気で食事・水が取れない 【その他】 <input type="checkbox"/> 体重減少
下痢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1日1-3回 <input type="checkbox"/> 1日4-6回 <input type="checkbox"/> 1日7回以上
出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 歯茎の出血 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> その他部位【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 血が止まらない
口内炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 口内炎はあるが食事はとれる <input type="checkbox"/> 口内炎の痛みが強く食事がとれない
脱力感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手足にしびれがある <input type="checkbox"/> 手足にしびれがあるが、身の回りのことは自分でできる <input type="checkbox"/> 手足に痛みがあり、身の回りのことが自分でできない 【その他】 <input type="checkbox"/> しゃべりにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい
労作時息切れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> 坂道や階段の昇降時に息苦しさを感ずる <input type="checkbox"/> 日常生活時の息切れ <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 微熱が続く
筋肉痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 痛みを感じることもある <input type="checkbox"/> 軽い痛みがあるが日常生活に制限ない <input type="checkbox"/> 強い痛みがあり日常生活に制限がある <input type="checkbox"/> 尿の色が赤黒い
頭・眼症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 頭痛・意識が薄れる <input type="checkbox"/> 見え方に異常がある <input type="checkbox"/> まぶたが重い
その他	<input type="checkbox"/> _____