

# 体調チェックシート

( 記入日 :      年      月      日 )

|        |        |
|--------|--------|
| 患者氏名 : | 性別 :   |
| 患者ID : | 生年月日 : |

|              |               |                            |
|--------------|---------------|----------------------------|
| 体温 :      °C | SpO2 :      % | 血圧(mmHg) : (      /      ) |
|--------------|---------------|----------------------------|

## 前回治療後の副作用の程度

|          | 無し                       | Grade1                   | Grade2                   | Grade3                   | Grade4                   |          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 白血球減少    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 好中球減少    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 貧血       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 血小板低下    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| AST      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| ALT      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 腎機能(Ccr) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 悪心       | <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"/> | (      ) |
| 倦怠感      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 便秘       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 下痢       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 疼痛       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 末梢神経障害   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 手足症候群    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 口内炎      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 食欲不振     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |
| 皮疹       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (      ) |

|        |
|--------|
| (特記事項) |
|--------|

仙台市立病院 薬剤科  
 〒982-8502 仙台市太白区あすと長町1-1-1  
 Tel. 022-308-7111

薬剤師