

外来化学療法問診表

科 医師 年 月 日 氏名 様

症状の項目で当てはまる箇所に○をつけて下さい。

	0	1	2	3
食欲	あり	食欲がない	食事の量がかなり減った	食事ができず体重が減った
吐き気	なし	あるが食事量に変化なし	食事量がかなり減った	食べることができない
口内炎	なし	あるが痛くない程度	痛いですが食事は半分以上摂れる	ほとんど食べれない
だるさ	なし	少しなので生活できる	横になることがある	寝てばかりいる
便秘	なし	薬がたまに必要	下剤や浣腸が必要で少し辛い	頑固な便秘で生活に支障あり
下痢	なし	1日1~3回	1日4~6回	1日7回以上
しびれ	なし	あるが正常に動く	動かしにくいですが生活に支障なし	生活に支障がある
むくみ	なし	さわるとわかるむくみ	明らかに見てわかるむくみ	むくみで生活に支障あり
息苦しさ	なし	歩行時息苦しい	日常動作で息苦しい	安静時でも息苦しい
発疹	なし	少し出ている	たくさん出ている	治療が必要なほど出ている
発疹の部位	()			
痛み	なし	多少痛みがある	かなり強い痛みがある	我慢できない痛みである
痛みの部位	()			
脱毛	なし	少し抜けた	たくさん抜けた	すでに抜けている

その他、気になる症状があればご記入ください。