

IV. 治療日記

治療日記 記入例

| コース・週 | 6コース 1 週目 | | | | | | | 6コース 2 週目 | | | | | | | |
|------------|-----------|------|------|------|------|------|------|-----------|------|------|------|------------|----------|------|----|
| 月/日 | 6/15 | 6/16 | 6/17 | 6/18 | 6/19 | 6/20 | 6/21 | 6/22 | 6/23 | 6/24 | 6/25 | 6/26 | 6/27 | 6/28 | |
| アブラキサン(点滴) | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | | |
| ★体温(℃) | 36.5 | | 36.4 | | | | 37.1 | 37.1 | 36.8 | | | 36.4 | | 36.5 | |
| 体重(kg) | 65.5 | | | | | | | | 64.2 | | | | | | |
| 食事の量(%) | 100 | 90 | 90 | 80 | 80 | 70 | 70 | 90 | 90 | 80 | 70 | 70 | 70 | 70 | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | 2回 | /回 | /回 | | | | | /回 | /回 | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | 安静時 | | | | | 動いたとき | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | | | 目が かすむ | | | |
| | 排便回数 | /回 | /回 | 0回 | /回 | /回 | /回 | /回 | 2回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | | | つかれ やすい | | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | 軽い 頭痛 | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

投与の日から吐き気が続き、
しばらくしたら吐き気がおさまった。

約1週間つかれやすかった。

身体的な症状だけでなく、
不安に思うことや気になる
ことをメモしておきましょう。

★38℃以上の発熱、息切れ・空せきがあらわれたときは、すぐに医師に相談しましょう。



| 6コース 3 週目 | | | | | | | 6コース 4 週目 | | | | | | |
|-----------|------|------|-----|------|-----|-----|-----------|-----|------|-----|------|------|------|
| 6/29 | 6/30 | 7/1 | 7/2 | 7/3 | 7/4 | 7/5 | 7/6 | 7/7 | 7/8 | 7/9 | 7/10 | 7/11 | 7/12 |
| ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 36.3 | | 36.2 | | 36.7 | | | 36.4 | | 36.3 | | | 36.8 | |
| 63.8 | | | | | | | 63.5 | | | | | | |
| 60 | 60 | 70 | 70 | 60 | 60 | | 70 | 70 | 80 | 80 | 90 | 90 | |
| | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| /回 | /回 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| /回 | /回 | 2回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 | /回 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

体温、体重は定期的にはかりましょう。

治療開始時に食べていた量を100とした場合の食事量を記入しましょう。

症状があったら✓をつけましょう。

吐き気、息切れ、目の症状を感じたら記入しましょう。

排便回数を記入しましょう。

つかれやすい、体がだるいなどの症状を記入しましょう。

そのほかにも気になる症状があれば記入しましょう。

指先にしびれ、
痛みが出てきました。
つらいです。

IV. 治療日記①

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記②

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記③

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記④

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記⑤

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記⑥

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IV. 治療日記⑦

| コース・週 | □コース □週目 | | | | | □コース □週目 | | | | |
|------------|----------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|
| 月／日 | | | | | | | | | | |
| アブラキサン(点滴) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ★体温(℃) | | | | | | | | | | |
| 体重(kg) | | | | | | | | | | |
| 食事の量(%) | | | | | | | | | | |
| 症状 | しびれ | | | | | | | | | |
| | 関節痛 | | | | | | | | | |
| | 筋肉痛 | | | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | | | | |
| | ★息切れ | | | | | | | | | |
| | 目の症状 | | | | | | | | | |
| | 排便回数 | | | | | | | | | |
| | 倦怠感 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

メモ 医師に伝えたいこと、聞いておきたいこと、検査値など

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

