

化学療法を受ける患者さまへ

ID()
氏名()

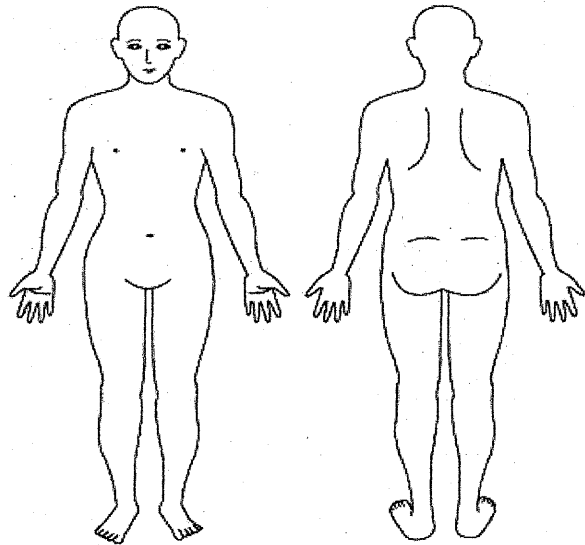
体温	℃	脈拍
血圧	/	体重 Kg

① 前回の治療後からの症状についてあてはまる部分に○をつけて下さい

	0	1	2	3
生活	問題なく行えた	歩行や軽労働は行えた	身の回りの事は行えた	1日の半分以上を横になって過ごした
食欲	普段と変わらない	食欲は低下したが食べられた	食欲の低下で食事量が減った	数日間食事・水分が摂れなかった
吐き気	なし	吐き気はあるが食べられた	吐き気で食事量が減った	数日間食事・水分が摂れなかった
嘔吐	なし	1日で1~2回吐いた	1日で3~5回吐いた	1日で6回以上吐いた
下痢	なし	1日で1~3回の下痢があった	1日で4~6回の下痢があった	1日で7回以上の下痢があった
便秘	なし	食事の工夫や下剤を使用した	毎日下剤を使用した	下剤を使用しても改善しなかった
口内炎	なし	口内炎はあったが食べられた	食事内容を工夫した	食事が出来ない事があった
しびれ	なし	しびれはあるが変わらず動かせる	しびれで動かしにくい	日常生活に支障がある
疲労感	なし	休息により回復した	日常生活の一部に支障がある	日常生活に支障がある
息切れ	なし	休息により回復した	日常生活の一部に支障がある	日常生活に支障がある
睡眠	眠れる	時々起きるが大体眠れる	あまり眠れない	眠れない

☞【質問は裏面にもあります】

② 痛みのある部分に○をつけて下さい



③ 今感じている痛みはどのくらいですか ○をつけて下さい



0

痛みなし



1

わずかに痛い



2

もう少し痛い



3

さらに痛い



4

かなり痛い



5

これ以上ない
痛み

④ この1週間の「気持ちのつらさ」を、平均して数字に○をつけて下さい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

つらさはない

中くらいにつらい

最高につらい

⑤ その「気持ちのつらさ」のために、どの程度日常生活に支障がありましたか

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

支障はない

中くらい支障が
ある

最高に支障が
ある

⑥ その他、気になる事があればお書きください

[]