

* 最近 7 日間に見られた症状について、例のように をつけてください。

		左の症状について、以下の いずれかに をつけてください。 × - 特に感じない 1 - 気にならないくらい 2 - 少し不快である 3 - とても不快である 4 - たえられないくらい					左の症状は、使用した 薬と関係があると思いますか？ いずれかに をつけてください。 1 - 関係がない 2 - たぶん関係がない 3 - たぶん関係ある 4 - 絶対に関係ある				
例	髪の毛が抜ける	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
例	歯ぐきから血が出る	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	頭痛	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
2	口が渇く	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
3	だるさ、疲れやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
4	めまい	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
5	便秘	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
6	目のかすみ	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
7	ふるえ	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
8	吐き気	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
9	食欲の低下	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
10	動悸	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
11	不安や緊張	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
12	不眠	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
13	汗をかきやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
14	尿が出にくい・トイレに近い	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
15	性機能の障害 (性欲低下・生理不順など)	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
16	かぜをひきやすい	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
17	食欲増加	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
18	眠気	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
19	下痢	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
20	皮膚の問題 ()	×	1	2	3	4	1	2	3	4	
21	その他 ()	×	1	2	3	4	1	2	3	4	