

分子標的薬（ネクサバル、スチバーガ、レンビマ）

症状チェックシート

ID _____ 氏名 _____ 記入者 _____
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載時期：治療前・治療後 2 週目 or 退院前

- 血圧 _____ / _____ mmHg

- 発熱 なし・あり
解熱鎮痛剤の使用 有・無

- 倦怠感 なし・あり

- 消化器症状 なし・あり
 - 下痢 _____ なし・あり (回数： _____ 行)
 - 薬の使用 あり (ピオフェルミン・ロペミン)・なし
 - 食欲低下 _____ なし・あり
 - 嘔気・嘔吐 _____ なし・あり

- 皮膚症状
 - 手足の発赤 _____ なし・あり
 - 腫れ _____ なし・あり
 - 疼痛 _____ なし・あり
 - かゆみ _____ なし・あり
 - 水泡 _____ なし・あり
 - 薬の使用 あり (ウレパール、ヒルドイド、 _____)・なし
 - 脱毛 _____ なし・あり
 - 皮疹 (手足以外) なし・あり (部位： _____)

- 嗝声 なし・あり



山口大学医学部附属病院