

体調記録ダイアリー

次のページからは、体調記録ダイアリーになります。このページでは記入例を紹介します。

トロデルビによる治療を受けている間は、このダイアリーに毎日の体調や、副作用、気になることを記録しておきましょう。

受診時にこのダイアリーを持っていき、医師・看護師・薬剤師に見せることで、体調の経過や聞きたいことをスムーズに伝えることができます。

記入例

各項目について記入しましょう。

日付		5/1	5/2	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7	5/8	5/9	5/10	5/11	5/12	5/13	5/14	5/15	5/16	5/17	5/18	5/19	5/20	5/21	
トロデルビ点滴				○							○												
体温	※37.5℃以上の発熱がみられたら医療機関に連絡してください	37.5℃以上																					
	体温(℃)	36.5	36.6	36.1	36.9	37.6	37.0	36.8	36.7	36.6	36.3		36.3		36.4	36.2	36.1			36.6	36.4	37.8	38.6
便の状態・回数	便秘																						
	回数を記入してください。※下痢止め薬でおさまらない場合は医療機関に連絡してください	泥状便～水様便	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	2回	4回	5回	3回
		下痢止め薬の使用	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1回	1回	回	回
吐き気・嘔吐関連	吐き気はない、または軽度で、いつもと同じくらい食べられる	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓					
	(吐き気がある)半分ぐらいしか食べられない					✓								✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓
	(吐き気・嘔吐がある)ほとんど食べられない																						
日常生活動作にかかわる体調	いつもどおりの生活を送れている	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
	だるさやその他の症状のためできないことがあった					✓									✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	だるさやその他の症状のため身の回りのこともできない ※医療機関に連絡してください																					✓	✓
体重(週に1回程度は測りましょう)		59.0 kg(測定日 5 / 1)					58.5 kg(測定日 5 / 11)					57.5 kg(測定日 5 / 19)											

医師・看護師・薬剤師に伝えたいこと、聞きたいことをメモしましょう。

医師・看護師・薬剤師に伝えたいこと・聞きたいこと(必要に応じて記入してください)

記入例: ○○頃、○○の症状(下痢、肛門の痛み、吐き気、食欲がない、発熱等)がありました/○○にはどのように対応すればよいでしょうか

- 5/5に発熱があったが、次の日には下がった。このようなときは受診すべきか。
- 5/17から下痢があって、肛門の痛みもあり

体調記録ダイアリー

日付			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
トロデルビ点滴																						
体温	※37.5℃以上の発熱がみられたら医療機関に連絡してください	37.5℃以上																				
		体温(℃)																				
便の状態・回数	便秘																					
	回数を記入してください。※下痢止め薬でおさまらない場合は医療機関に連絡してください	泥状便～水様便	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
		下痢止め薬の使用	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
吐き気・嘔吐関連	吐き気はない、または軽度で、いつもと同じぐらい食べられる																					
	(吐き気がある)半分ぐらいしか食べられない																					
	(吐き気・嘔吐がある)ほとんど食べられない																					
日常生活動作にかかわる体調	いつもどおりの生活を送れている																					
	だるさやその他の症状のためできないことがあった																					
	だるさやその他の症状のため身の回りのこともできない※医療機関に連絡してください																					
体重(週に1回程度は測りましょう)			kg(測定日 /)						kg(測定日 /)						kg(測定日 /)							

医師・看護師・薬剤師に伝えたいこと・聞きたいこと(必要に応じて記入してください)

記入例: ○○頃、○○の症状(下痢、肛門の痛み、吐き気、食欲がない、発熱等)がありました/○○にはどのように対応すればよいでしょうか