

# コセルゴ<sup>®</sup> 治療日誌

コセルゴ<sup>®</sup>服用に  
役立つ情報が得られる  
WEBサイトです。

コセルゴ<sup>®</sup>を服用される患者さんと  
ご家族のためのサイト



医療機関名



監修

西田 佳弘 先生

名古屋大学医学部附属病院 リハビリテーション科 教授

**ALEXION**<sup>®</sup>  
AstraZeneca Rare Disease

## コセルゴ®による治療を安全に続けていただくために、日々の体調の変化やそのほかに気づいたことを記録しましょう。

健康状態の変化や経過を追っていくことで病気の全体像が把握でき、適切な治療へとつながります。

### 治療日誌の使い方

- 治療日誌に記載されていない症状や、そのほかに気になること、主治医に伝えたいことがあれば、「メモ欄」に記入しましょう。
- 診察を受ける時に治療日誌を持参し、主治医や看護師に見せて、症状を伝えてください。
- 治療日誌は毎日記録することで体調の変化を知ることができますが、無理のない範囲で続けましょう。

### 治療日誌の書き方

毎日、当てはまる症状にチェックしてください。

あなたが飲むお薬の量		朝のカプセル数 (白: 1 青: 1)		夜のカプセル数 (白: 1 青: 1)			
記入日	12月 1日	12月 2日	12月 3日	12月 4日	12月 5日	12月 6日	12月 7日
副作用 (以下の症状があった場合は、✓を入れてください)	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓	朝 ✓ 夜 ✓
目							
目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚							
発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
皮膚							
髪の色が落ちる、髪の手色							
口内炎	✓	✓	✓				
悪心 (吐き気)							
嘔吐							
消化器							
下痢	✓			✓	✓		
白目や皮膚が黄色になる							
疲労、体がだるい				✓	✓	✓	✓
動悸、息切れ							
尿の色が赤黒くなる						✓	✓
その他							
筋肉痛							
めまい、ふらつき							
発熱	✓	✓					
頭痛							
メモ (その日の気になったことを記録してください)	38.2度 下痢1回	37.5度	36.8度	下痢3回	下痢2回	ときどき 痛み	少し痛み がとれた
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)							
痛み							
随々と痛い							
安静にしているのに痛い							
しびれ							
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)							
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)							
見た目の変化							
メモ (その他、気になったことを記録してください)	元気がないのが気になる						

## コセルゴ®による治療であらわれやすい副作用

- 口内炎
- 皮膚症状 (発疹、皮膚乾燥、ざ瘡様皮膚炎 [にきびのような炎症]、爪囲炎 [爪の周囲の炎症])
- 脱毛・毛髪変色
- 疲労・無力症

### 特に注意が必要な副作用

副作用	症状
心機能障害	息切れ、疲れやすい、動悸がする
眼障害	目がかすむ、視野が欠ける、視力が落ちる
消化管障害	悪心 (吐き気)・嘔吐、下痢
肝機能障害	体がだるい、皮膚や白目が黄色になる、食欲が出ない
おんもんきんゆうかいしょう 横紋筋融解症	力が入らない、尿の色が赤黒くなる、筋肉痛
貧血	動悸がする、息切れ、めまい、ふらつき
血球減少による 感染症	発熱、寒気、咳・痰、のどの痛みなど風邪のような症状、頭痛、腹痛
血球減少による 出血のしやすさ	鼻血、歯ぐきからの出血、ぶつけた時に青あざがでやすい
かんしつせいはいしっかん 間質性肺疾患	息切れ、息苦しさ、から咳、発熱

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
消化器	口内炎							
	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
その他	白目や皮膚が黄色になる							
	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
	口内炎							
消化器	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
	白目や皮膚が黄色になる							
その他	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白:      青:      )



夜のカプセル数 (白:      青:      )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
消化器	口内炎							
	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
その他	白目や皮膚が黄色になる							
	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう



# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白:      青:      )



夜のカプセル数 (白:      青:      )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白:      青:      )



夜のカプセル数 (白:      青:      )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白:      青:      )



夜のカプセル数 (白:      青:      )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)														
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる													
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等													
	皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
皮膚	口内炎													
	消化器	悪心 (吐き気)												
		嘔吐												
		下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる													
	疲労、体がだるい													
	動悸、息切れ													
	尿の色が赤黒くなる													
	筋肉痛													
	めまい、ふらつき													
その他	発熱													
	鼻血													
メモ (その日の気になったことを記載してください)														
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)														
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも				
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも				
しびれ					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも					
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも					
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも					
見た目の変化					かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった					
メモ (その他、気になったことを記載してください)														

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう



# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白:      青:      )



夜のカプセル数 (白:      青:      )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
消化器	口内炎							
	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
その他	白目や皮膚が黄色になる							
	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
消化器	口内炎							
	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
その他	白目や皮膚が黄色になる							
	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)														
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる													
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等													
	皮膚 髪の毛が抜ける、髪の毛の変色													
皮膚	口内炎													
	消化器	悪心 (吐き気)												
		嘔吐												
		下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる													
	疲労、体がだるい													
	動悸、息切れ													
	尿の色が赤黒くなる													
	筋肉痛													
	めまい、ふらつき													
メモ (その日の気になったことを記載してください)	発熱													
	鼻血													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)														
痛み	触ると痛い													
	安静にしているのに痛い													
しびれ														
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)														
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)														
見た目の変化														
メモ (その他、気になったことを記載してください)														

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
	口内炎							
消化器	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
	白目や皮膚が黄色になる							
その他	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
その他	白目や皮膚が黄色になる												
	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
	安静にしているのに痛い					全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
しびれ						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)						全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも			
見た目の変化						かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった			
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう



# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>	朝	<input type="checkbox"/>	夜	<input type="checkbox"/>
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)													
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる												
	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等												
皮膚	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色												
	口内炎												
消化器	悪心 (吐き気)												
	嘔吐												
	下痢												
	白目や皮膚が黄色になる												
その他	疲労、体がだるい												
	動悸、息切れ												
	尿の色が赤黒くなる												
	筋肉痛												
	めまい、ふらつき												
	発熱												
	鼻血												
メモ (その日の気になったことを記載してください)													
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)													
痛み	触ると痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
	安静にしているのに痛い							全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
しびれ								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)								全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも	
見た目の変化								かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった	
メモ (その他、気になったことを記載してください)													

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう

# あなたが飲むお薬の量



朝のカプセル数 (白: 青: )



夜のカプセル数 (白: 青: )

記入日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
服用確認 (服用後に ✓ を入れてください)		朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	朝 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/>	
副作用 (以下の症状があった場合は、✓ を入れてください)								
眼	目がかすむ・視野が欠ける・視力が落ちる							
皮膚	発疹、爪の周囲の炎症、にきび等							
	髪の毛が抜ける、髪の毛の変色							
	口内炎							
消化器	悪心 (吐き気)							
	嘔吐							
	下痢							
	白目や皮膚が黄色になる							
その他	疲労、体がだるい							
	動悸、息切れ							
	尿の色が赤黒くなる							
	筋肉痛							
	めまい、ふらつき							
	発熱							
	鼻血							
メモ (その日の気になったことを記載してください)								
この1週間の症状を教えてください (週の最終日に評価してください)								
痛み	触ると痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
	安静にしているのに痛い			全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
しびれ				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
動きにくい・動かしにくい (肩、首、膝など)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
気分がよくない (悲しい、怒りっぽいなど)				全然ない	ほとんどない	時々ある	よくある	ほとんどいつも
見た目の変化				かなり小さくなった	少し小さくなった	変化なし	少し大きくなった	かなり大きくなった
メモ (その他、気になったことを記載してください)								

※毎週、腫瘍の大きさを写真で記録しておくといでしょう