

がん化学療法 副作用チェックシート

患者ID : _____

記載日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____

『前回抗がん剤を投与した日』から『今日』までの期間で、
抗がん剤の副作用で最も近いと思われる症状にチェックをつけてください。

副作用評価 (CTCAE v6.0)

| 症状 | | Grade1 | Grade2 | Grade3 |
|--------|-----------------------------|---|--|--|
| 食欲不振 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食事の量は変わらないが、食欲が低下した。 | <input type="checkbox"/> 大きな体重の減少はないが、食事の量が減った。 | <input type="checkbox"/> 食事が食べられず、体重が減少した。 |
| 吐き気 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 吐き気はあったが、食事は食べられた。 | <input type="checkbox"/> 吐き気があったので、食事の量が減った。 | <input type="checkbox"/> 吐き気が強く、食事や水分がほとんどとれなかった。 |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 嘔吐はあったが、薬を飲むほどではなかった。 | <input type="checkbox"/> 嘔吐があり、薬を飲むことがあった。 | <input type="checkbox"/> 嘔吐があり、食事や水分がほとんどとれなかった。 |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 普段より、便がゆるく排便回数が増えた。 | <input type="checkbox"/> 1日の排便回数が普段より4-6回多かった。 | <input type="checkbox"/> 1日の排便回数が普段より7回以上多かった。 |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 便秘があり、時々薬を飲んでいてた。 | <input type="checkbox"/> 便秘があり、ほぼ毎日薬を飲んでいてた。 | <input type="checkbox"/> 薬を飲んでも改善しないほど頑固な便秘だった。 |
| 味覚異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 食生活は変わらないが、味覚が変化した。 | <input type="checkbox"/> 味覚の変化が影響し、食生活が変わった。 | |
| 口内炎 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 口内炎があったが、軽度だった。 | <input type="checkbox"/> 口内炎があったが、食事を工夫して摂取できた。 | <input type="checkbox"/> 口内炎の痛みが強く、食事がとれなかった。 |
| 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 手足の軽いしびれや違和感があった。 | <input type="checkbox"/> 手足にしびれや違和感があつたが、日常生活に影響はなかった。 | <input type="checkbox"/> 手足に強いしびれや違和感があり、日常生活に影響があつた。 |
| 皮膚症状 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 皮膚（体・手足など）や爪に変化があつたが、痛みはなかった。 | <input type="checkbox"/> 皮膚（体・手足など）や爪に変化があり、痛みがあつた。 | <input type="checkbox"/> 皮膚（体・手足など）や爪の痛みが強く、日常生活に影響があつた。 |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 手のひら <input type="checkbox"/> 手の指先 <input type="checkbox"/> 足の裏 <input type="checkbox"/> 足の指先 <input type="checkbox"/> 爪 <input type="checkbox"/> 爪のまわり <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 体（具体的な部位 : _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | |

【そのほか気になる症状があれば記載してください】

※ 外来 : 各科外来看護師 → (患者記入) → 各科外来看護師 (カルテ記載)

※ 入院 : 各病棟看護師 → (患者記入) → 各病棟看護師 (カルテ記載)

CTCAE v6.0より引用、一部改変

2025.10 化学療法運営部会