

函病・かかりつけ医を受診する際に必ずお持ちください。

週数	投与開始日	2週目	4週目	6週目	8週目	10週目	12週目	14週目	16週目	18週目
月日	函病受診日 (投与量決定)	函病受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日
吐き気はありますか	ない ある									
食欲はありますか	はい 少ない									
食事は食べられていますか	はい 少しいい									
食べ物の味はわかりますか	はい 少しいい									
口内炎はありますか	ない ある									
疲れやすいですか	生活に支障はない 日中寝ている 時間が多い									
動悸・息切れはありますか	家の中である 外を歩くとある									
手足のしびれはありますか	手がしびれる 足がしびれる									
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い									
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない									
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある									
腹痛はありますか	いいえ はい									
下痢をしていますか	1日4回以下 1日5回以上									
便秘をしていますか	いいえ はい									
血便はありますか	いいえ はい									
その他の症状を具体的にご記入ください										
医師間の申し送り事項記入欄										
函病主治医・かかりつけ医サイン欄										

函病・かかりつけ医を受診する際に必ずお持ちください。

週数	20週目	22週目	24週目	26週目	28週目	30週目	32週目	34週目	36週目	38週目	
	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日
月日											
吐き気はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
食欲はありますか	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない
食事は食べられていますか	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
口内炎はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い
動悸・息切れはありますか	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある
手足のしびれはありますか	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
腹痛はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
下痢をしていますか	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上
便秘をしていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
血便はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
その他の症状を具体的にご記入ください											
医師間の申し送り事項記入欄											
函病主治医・かかりつけ医サイン欄											

函病・かかりつけ医を受診する際に必ずお持ちください。

月日	40週目	42週目	44週目	46週目	適宜	術後1年	適宜	1年3ヶ月	適宜	1年半
	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)
吐き気はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
食欲はありますか	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない
食事は食べられていますか	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
口内炎はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い
動悸・息切れはありますか	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある
手足のしびれはありますか	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
腹痛はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
下痢をしていますか	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上
便秘をしていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
血便はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
その他の症状を具体的にご記入ください										
医師間の申し送り事項記入欄										
函病主治医・かかりつけ医サイン欄										

函病・かかりつけ医を受診する際に必ずお持ちください。

週数 月日	適宜	1年9ヶ月	適宜	2年	適宜	2年3ヶ月	適宜	2年半	適宜	2年3ヶ月
	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)
吐き気はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
食欲はありますか	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない
食事は食べられていますか	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
口内炎はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い
動悸・息切れはありますか	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある
手足のしびれはありますか	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
腹痛はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
下痢をしていますか	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上
便秘をしていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
血便はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
その他の症状を具体的にご記入ください										
医師間の申し送り事項記入欄										
函病主治医・かかりつけ医サイン欄										

函病・かかりつけ医を受診する際に必ずお持ちください。

週数	適宜	3年	適宜	3年半	適宜	4年	適宜	4年半	適宜	5年
	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)								
月日										
吐き気はありますか	ない ある									
食欲はありますか	はい 少し ない									
食事は食べられていますか	はい 少し いいえ									
食べ物の味はわかりますか	はい いいえ									
口内炎はありますか	ない ある									
疲れやすいですか	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い									
動悸・息切れはありますか	ない 家の中である 外を歩くとある									
手足のしびれはありますか	ない 手がしびれる 足がしびれる									
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い									
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない									
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある									
腹痛はありますか	いいえ はい									
下痢をしていますか	いいえ 1日4回以下 1日5回以上									
便秘をしていますか	いいえ はい									
血便はありますか	いいえ はい									
その他の症状を具体的にご記入ください										
医師間の申し送り事項記入欄										
函病主治医・かかりつけ医サイン欄										