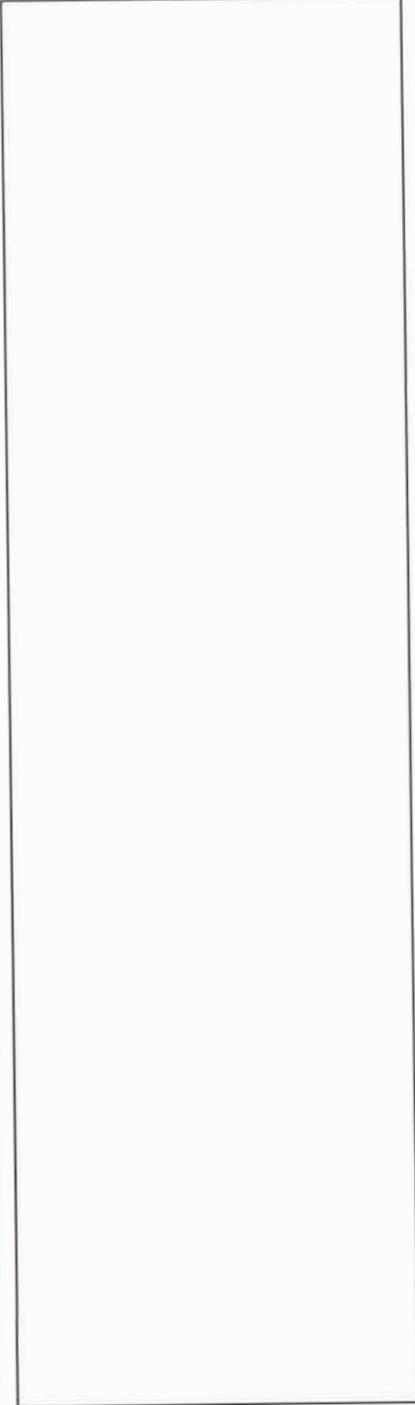


患者ID: _____ 氏名: _____ 診療科: _____ 医師氏名: _____

手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

		7,月目	8,月目	9,月目	10,月目	11,月目	12,月目
施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受診日 (目安)		/	/	/	/	/	/
受診日 (確定)							
診察		○	○	○	○	○	○
血液検査	□ WBC ()	□ WBC ()	□ WBC ()	□ WBC ()	□ WBC ()	□ WBC ()	□ WBC ()
	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()	□ 好中球 ()
	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()	□ 血小板 ()
	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()	□ T-Bil ()
	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()	□ AST(GOT) ()
	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()	□ ALT(GPT) ()
	□ Cr ()	□ Cr ()	□ Cr ()	□ Cr ()	□ Cr ()	□ Cr ()	□ Cr ()
	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()
	□ CEA ()	□ CEA ()	□ CEA ()	□ CEA ()	□ CEA ()	□ CEA ()	□ CEA ()
	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()
□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	□ ()	
画像検査							□ 腹部CT □ 胸部X線 □ 骨シンチ (12,月に実施予定)
							□ 休薬・□ 減量・□ 再開
休薬・減量・再開 日時(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
補助化学療法薬 (ユーエフティ) 1日投与量	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg
	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg
	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg
	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg
チェック 処方	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック
	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック
	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック
	□ ユーエフティ 2週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方
連携 連絡	※病院は6,月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡			再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡			
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3,月間]						
	がんの再発がない						
	UFT内服が出来る UFT内服による副作用がない(Grade3以上)						
バリエーション	術後合併症の発生 [3,月間]	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	がんの再発	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	UFT内服が出来ない	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	UFT内服による副作用発生(Grade3以上)	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	その他 ()						
症状	嘔気・嘔吐・食欲不振	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 口内炎	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 全身倦怠感	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 下痢	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 色素沈着	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 発疹	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 体重						
	□ のどの痛み・発熱	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ 咳・息切れ・呼吸困難	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
	□ におい・味の違い	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()	□なし・□あり ()
その他 ()							



患者ID	0		氏名:	0		診療科:	0		医師氏名:	0		
	13ヶ月目		14ヶ月目		15ヶ月目		16ヶ月目		17ヶ月目		18ヶ月目	
施設	かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		大医薬大	
受診日(目安)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
受診日(確定)	/		/		/		/		/		/	
診察	○		○		○		○		○		○	
血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()		<input type="checkbox"/> WBC ()		<input type="checkbox"/> WBC ()		<input type="checkbox"/> WBC ()		<input type="checkbox"/> WBC ()		<input type="checkbox"/> WBC ()	
	<input type="checkbox"/> 好中球 ()		<input type="checkbox"/> 好中球 ()		<input type="checkbox"/> 好中球 ()		<input type="checkbox"/> 好中球 ()		<input type="checkbox"/> 好中球 ()		<input type="checkbox"/> 好中球 ()	
	<input type="checkbox"/> 血小板 ()		<input type="checkbox"/> 血小板 ()		<input type="checkbox"/> 血小板 ()		<input type="checkbox"/> 血小板 ()		<input type="checkbox"/> 血小板 ()		<input type="checkbox"/> 血小板 ()	
	<input type="checkbox"/> T-Bil ()		<input type="checkbox"/> T-Bil ()		<input type="checkbox"/> T-Bil ()		<input type="checkbox"/> T-Bil ()		<input type="checkbox"/> T-Bil ()		<input type="checkbox"/> T-Bil ()	
	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	
	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	
	<input type="checkbox"/> Cr ()		<input type="checkbox"/> Cr ()		<input type="checkbox"/> Cr ()		<input type="checkbox"/> Cr ()		<input type="checkbox"/> Cr ()		<input type="checkbox"/> Cr ()	
	<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> CEA ()		<input type="checkbox"/> CEA ()		<input type="checkbox"/> CEA ()		<input type="checkbox"/> CEA ()		<input type="checkbox"/> CEA ()		<input type="checkbox"/> CEA ()	
	<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> その他 ()								
画像検査											<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 脳MTI (12ヶ月~18ヶ月に実施予定)	
休薬・減量・再開日時(/)	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)	
補助化学療法薬(ユーエフティ)1日投与量	1日	mg	1日	mg	1日	mg	1日	mg	1日	mg	1日	mg
	朝	mg	朝	mg	朝	mg	朝	mg	朝	mg	朝	mg
	昼	mg	昼	mg	昼	mg	昼	mg	昼	mg	昼	mg
	夜	mg	夜	mg	夜	mg	夜	mg	夜	mg	夜	mg
チェック 処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック	
	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	
	<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック	
	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	
連携 連絡	※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡											
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]											
	がんの再発がない											
	UFT内服が出来る											
バイアンス	術後合併症の発生 [3ヶ月間]											
	がんの再発											
	UFT内服が出来ない											
	UFT内服による副作用発生(Grade3以上)											
	その他 ()											
症状	嘔気・嘔吐・食欲不振											
	口内炎											
	全身倦怠感											
	下痢											
	色素沈着											
	発疹											
	体重											
	のどの痛み・発熱											
	咳・息切れ・呼吸困難											
	におい・味の濃い											
その他 ()												

手術日 年 月 日

目録												
バリアンス												
症状												

患者ID:	0		氏名:	0		診療科:	0		医師氏名:	0		
	19,月目		20,月目		21,月目		22,月目		23,月目		24,月目	
施設	かかりつけ医		大医薬大									
受診日 (目安)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
受診日 (確定)	/		/		/		/		/		/	
診察	○		○		○		○		○		○	
血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()	<input type="checkbox"/> T-B4 ()
	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ()
	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ()
	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()	<input type="checkbox"/> Cr ()
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
画像検査											<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 骨シンチ (24ヶ月に実施予定)	
休薬・減量・再開日時 (/)	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 (/)	
補助化学療法薬 (ユーエフティ) 1日投与量	1日	mg	1日	mg								
	朝	mg	朝	mg								
	昼	mg	昼	mg								
	夜	mg	夜	mg								
チェック 処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック								
	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック								
	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック								
	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方
連携 連絡	※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡											
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない【3ヶ月間】											
	がんの再発がない											
	UFT内服が出来る											
	UFT内服による副作用がない (Grade3以上)											
バリアンス	術後合併症の発生【3ヶ月間】	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	がんの再発	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	UFT内服が出来ない	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	UFT内服による副作用発生 (Grade3以上)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
症状	その他 ()											
	嘔気・嘔吐・食欲不振	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	口内炎	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	下痢	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	色素沈着	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	発疹	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	体重											
	のどの痛み・発熱	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
	咳・息切れ・呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()
におい・味の濃い	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ()	
その他 ()												

手術日 年 月 日