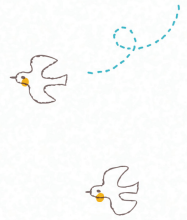




気軽に記入してコミュニケーションなどに活用できる

あなたの服薬日記



お名前

この手帳を書き始めた日

年 月 日

なんでもメモ(服用する時間など)

この冊子はおくすりと一緒に置いて、管理してください



はじめに

この冊子は、がん治療を始める患者さん向けの日記帳です。日々の体調や症状、気になることなどをご記入いただくことで、ご自身の体調や生活リズムの管理などにご活用ください。また、「受診時に伝えたいこと」にご記入いただくことで、患者さんと医療従事者の橋渡しとなる連絡帳としても、ご利用になれます。本冊子が患者さんの支えとなり、より前向きに治療に取り組み、その人らしい生活を叶えるきっかけとなれば幸いです。



この冊子を活用する流れ

この冊子は、患者さんが自由に記入したい内容を書き込み、周囲の方々や、医療従事者の方々とのコミュニケーションにも活用いただくことを目的としています。各ページについては、以下の情報も参考にしてください。

あなたの自己紹介・治療をはじめのうえでの注意事項：P.4～5

- 好きな時に、書きやすい項目から記入してみてください。
- 書き出してみることで、自分自身の振り返りや、ご家族との情報共有などに利用できます。
- 医療従事者や薬剤師などに見せて、得られた注意事項やアドバイスを書き込む欄もあります。

日々の記録：P.8～31（記入例：P.6）

- 日々の体調や症状、服薬状況などについて、気軽に書き込んでください。必ずしも、毎日記録する必要はありません。
- 体調の異変や気になったことなどをメモしておくこと、受診時の参考にもなります。
- ころや気持ちがつらいことが続いたら要注意。早めに周囲に相談しましょう。

受診時に伝えたいこと：P.32～35

- 受診時に相談・質問したいこと、悩みや不安などがあれば、このページに書き込んでください。
- 医療従事者や薬剤師に見せたり、アドバイスを書き込んだりするほか、コミュニケーションのうえでもお役立ちするはずです。

知っておきたい予備知識：P.36～37

療養生活を続けるうえで知っておきたい、「がんに関する悩みごとの相談先」、「医療費と助成制度」の情報を掲載しているページです。

あなたの自己紹介

- 疾患名、または部位を教えてください

- 使用するおくすりについて記入してください

- 他の疾患で受診していれば、疾患名や医療機関名などを教えてください

- 他に服薬中のおくすりがあれば教えてください

- 目標としたい生活・趣味などがあれば教えてください

- 現在、不安なことや心配なことがあれば記入してください

※がんに関する悩みや心配ごとの相談先、医療費の助成制度などは、32～35ページに掲載されている情報もご参照ください

治療をはじめるうえでの注意事項

※医療従事者からの指導に沿って、患者さんまたはご家族がご記入ください

● おくすりに関して、想定される(可能性のある)副作用

※特に急いで連絡・受診してほしい症状にはチェックをお願いします

<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"/>	_____

連絡先 _____ TEL. _____
_____ TEL. _____

● 生活における注意事項

● 不安や心配ごとへの対処

● 相談者名

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師
	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> その他の医療従事者

※左・右ページともに、すべてご記入いただく必要はありません。記入しやすい、記入できる項目からはじめてみてください

日々の記録(記入例)

日々の記録: 3月 5日 ~ 3月 16日

日付	3月 5日	3月 8日	3月 9日	3月 10日
アフイニートール	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
おくすりの名前 〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重	55.4 kg	55.3 kg	55.2 kg	55.2 kg
体温(発熱時はチェック)	<input type="checkbox"/> 36.4 °C	<input type="checkbox"/> 36.3 °C	<input checked="" type="checkbox"/> 37.7 °C	<input checked="" type="checkbox"/> 37.6 °C
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 吐き気がする	<input checked="" type="checkbox"/> 朝、嘔吐した
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(食欲減退)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(息切れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(〇〇〇〇〇)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(〇〇〇〇〇)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受診 医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

この欄には、処方されたお薬の名前をお書きください(複数可)。服用した日をチェックすることもできます

気になる症状があればチェック・メモしてください

気になる症状や、医療従事者から注意された内容などがあれば、こちらの自由記入欄をお使いいただけます

メモとしてなんでも自由にお使いください

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

3/10 熱があつて吐き気も続いたから、念のため病院に連絡して受診した。

吐き気止めのおくすりももらったけど、吐き気がしたら早めに飲むようにすると良いみたい。

口内炎も気になっていることを相談したら、口内炎ケアについて教えてもらった。

もし続くようだったら、また相談しよう。

3/15 吐き気はなくなってきたけど、口内炎が続いて困っている。

今度受診する時に忘れずに相談したい。

必ずしも、毎日書き続ける必要はありません。
好きな時に記入してください

3月11日	3月15日	3月16日
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
55.2 kg	55.7 kg	55.2 kg
<input type="checkbox"/> 36.3 °C	<input type="checkbox"/> 36.3 °C	<input type="checkbox"/> 36.4 °C
<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>

体調の異変や気になったこと

月/日

一日中気持ち悪さが続いた 3/10

口内炎が続いて食欲がない 3/15

..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

体調の異変や気になったことなどを、
簡潔に書き込める欄です

あなたのこころ・気持ちを振り返って

つらい時が多かった (☹)

つらい時がしばしばあった (☹)

つらい時もあった (☹)

まったくつらくなかった (😊)

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

こころの面の
振り返り
としてご活用
ください

① 吐き気・嘔吐について

吐き気を抑えるおくすり処方が処方されていたら、症状が出たときに服用しましょう。症状があるときはゆったりとした服装がおすすめです。食事でも食べやすいもの(冷たく臭いの少ないものなど)を選び、難しければ水分だけでも摂ることを考えてみてください。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

それぞれのページには療養生活にかかわる
ミニコラムも掲載しています

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
イベントの前	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった ☹️
- つらい時がしばしばあった ☹️
- つらい時もあった 😐
- まったくつらくなかった 😊

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう



① 吐き気・嘔吐について



吐き気を抑えるおくすり処方が処方されていたら、症状が出たときに服用しましょう。症状があるときはゆったりとした服装がおすすめです。食事でも食べやすいもの(冷たく臭いの少ないものなど)を選び、難しければ水分だけでも摂ることを考えてみてください。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
イベントの前	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

② 下痢について



下痢止めのおくすりが処方されていたら適切に使用しましょう。症状がある時は、乳糖やアルコールなどを避けて消化の良い食品を選び、スポーツドリンクやスープなどを摂取し、水分補給を心がけると良いでしょう。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
イベントの前	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう



③ 便秘について



水分を一日1.5~2L、食物繊維を10~20gほど摂る、無理のない範囲で体を動かす、決まった時間に排便に行くなど、生活習慣を整えることが大切です。おくすりが処方されている場合は忘れずに服用しましょう。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お の こ の お も い	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのころ・気持ちを振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

④ 口内炎について

小まめに歯を磨いたり、うがいをしたりして予防に努め、1日1回は口腔内をチェックしましょう。歯磨き剤やうがい薬はノンアルコールのものがおすすめです。おくすり処方が処方されたら忘れずに服用することも大切です。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。



日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お の こ の お も い	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑤ 貧血について



めまいやふらつきなどの症状があるときは、からだを急に動かさないように注意しましょう。症状が強い場合は安静に、かつ周囲の協力を得るようにしてください。普段からバランスのとれた食事内容を心がけ、しっかりと休息・睡眠をとることも大切です。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
イベントの前	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう



⑥ 出血傾向について



出血につながる転倒や外傷などに注意するほか、鼻を強くかまない、柔らかい歯ブラシを用いる、髭剃りを含めて刃物の使用に細心の注意を払うなども大切です。出血したときは安静にしたうえで圧迫して止血し、止まらない場合は医療機関に連絡してください。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お ま の こ の お ま め	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日

／

.....

／

.....

／

.....

／

.....

／

.....

／

.....

／

.....

／

.....

／





.....

／

.....

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑦ 倦怠感について



倦怠感があるときは活動と休息のバランスをとることが大切です。体調をみながら適度な活動を行うことや、十分な睡眠がとれるよう環境を整えることも考えてください。倦怠感のパターン(いつ頃出現して増強/緩和するか、生活への影響など)を記録しておくこと、相談時に役立つことがあります。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お ま の こ の お ま の こ の お	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月 日	月 日	月 日
<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"/>
kg	kg	kg
℃	℃	℃
<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"/>
<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"/>

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑧ 抜け毛について

がん薬物療法による脱毛は一時的なものが多く、治療を中止すると再び生えてきます。髪を短く整える、ウィッグや帽子を取り入れるなども考えてみてください。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。



日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お の こ の お も い	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/
/
/
/
/
/
/
/
/
/
/

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう



⑨ 手足のしびれについて



症状の緩和を目指す方法にはマッサージや手浴、足浴、靴下・手袋の着用、手指の運動、適度な散歩・ストレッチ、患部を圧迫する靴下・靴を避けるなどが挙げられます。しびれに起因する怪我や転倒などにも注意し、気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お ま の こ の お ま の こ の お	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

体調の異変や気になったこと

	月/日
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/
.....	/

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを 振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑩ 食欲の減退について

冷たいもの、のど越しの良いもの、柔らかいもの、においの少ないものなどが比較的食べやすいといわれています。少量ずつ数回に分けて食べる、食べたいと思ったときにすぐ食べられるものを準備しておく、食べやすく安楽な姿勢をとるなどの工夫も考えられます。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。

日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
お の こ の お も い	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑪ 皮膚のトラブルについて

皮膚のトラブルを予防するため、皮膚を清潔に保ち保湿のケアを行うこと、紫外線などの刺激を避けることが大切です。保湿剤やステロイド外用薬が処方されていたら指示の通りに使用してください。気になることや症状、悩み・不安があれば医療機関(担当医)に相談しましょう。



日々の記録： 月 日 ~ 月 日

日付	月 日	月 日	月 日	月 日
イベントの前	<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"/>
体重	kg	kg	kg	kg
体温(発熱時はチェック)	℃	℃	℃	℃
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労・倦怠感	<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"/>
医療機関・薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ(日々の出来事、考えたことなどをなんでもご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

月	日	月	日	月	日
<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"/>	
	kg		kg		kg
<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"/>	
<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"/>	

体調の異変や気になったこと

月/日
/

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /

..... /





..... /

..... /

..... /

いつでも気軽に書き込んで
受診時の参考にしてください

あなたのこころ・気持ちを振り返って

- つらい時が多かった 
- つらい時がしばしばあった 
- つらい時もあった 
- まったくつらくなかった 

つらい時が多い場合、周囲に
早めに相談してみましょう

⑫ 不安や抑うつについて

気分の落ち込みや苛立ち、夜間の不眠などがあるときは、自分自身の中にため込まず、家族や医療従事者に伝えることが大切です。患者さんだけでなく、ご家族が気持ちのつらさを相談できる窓口が設置されていることもありますので、必要に応じて医療機関(担当医)に相談しましょう。



受診時に伝えたいこと

受診時に質問したいことや相談したいことなどを、いつでも、なんでもご記入ください。記入した内容を医療従事者などに共有することで、ご活用いただけたら幸いです。

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

相談

回答

医師 看護師 薬剤師 その他の医療従事者 家族

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

がんに関する悩みごとの相談先

● がん相談支援センター(全国のがん診療連携拠点病院)

全国のがん診療連携拠点病院や小児がん拠点病院、地域がん診療病院に設置されている、がんに関する相談の窓口です。患者さんやご家族をはじめ、地域の方々はどなたでも無料で利用し、治療や療養生活全般、地域の医療機関などについて相談できます。ただし、担当医に代わって治療について判断するところではないことは、ご注意ください。

より詳細な情報は、次の資料をご覧ください。

がん情報サービス：がん相談支援センターにご相談ください

https://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/pdf/001.pdf



全国のがん診療連携拠点病院・地域がん診療病院の連絡先は、次のサイトで確認できます。

がん情報サービス：がん診療連携拠点病院などを探す

<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotensearch>



**最寄りの相談支援
センターの連絡先**

TEL.

● がん情報サービスサポートセンター(がん情報サービス)

がんに関する心配事や知りたい情報について相談できる、がん情報サービスの一環です。がんのことで困ったことや知りたいことはあるものの、どこに聞いたり相談したりすれば良いのか分からないときなどにご利用ください。がん診療連携拠点病院を探すサポートも可能です。

より詳細な情報は、次のサイトをご覧ください。

がん情報サービス：がん情報サービスサポートセンターのご案内

https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/support_center/guide.html



医療費と助成制度について

● 公的医療保険が適用される費用、されない費用の違い

がんの治療にかかる費用は、公的医療保険(健康保険など)が適用されるものと、適用されないものがあります。手術代、検査代、薬代といった直接的な治療費は保険が適用されます。一方、開発中の試験的な治療(先進医療)や公的な医療保険が適用されない医療技術・薬剤による治療費、入院中の差額ベッド代などは保険の適用外となります。

より詳細な内容は、次のサイトをご覧ください。

がん情報サービス：医療費の負担を軽くする公的制度

https://ganjoho.jp/public/institution/backup/public_insurance.html



● 高額療養費制度

公的医療保険が適用される費用に関して、ひと月に支払った額が一定の金額を超えている場合、超えた金額を支給する制度です。ご本人が負担する費用の上限額は、年齢や所得に応じて設定されています。

より詳細な内容は、次のサイトをご覧ください。

厚生労働省：高額療養費制度を利用される皆さまへ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html



● 高額医療・高額介護合算療養費制度

世帯内の同一の医療保険の加入者の方について、1年間にかかった医療保険・介護保険の自己負担の合算額が一定の金額を超えている場合、超えた金額を支給する制度です。基準額は世帯の所得や年齢構成に応じて定められています。

より詳細な内容は、次のサイトをご覧ください。

**全国健康保険協会：高額療養費・70歳以上の外来療養にかかる
年間の高額療養費・高額介護合算療養費**

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat320/sb3170/sbb31709/1945-268/>





MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

処方箋やおくすりに関する資料などを収納できます

医療機関名

担当医師名

ノバルティス ファーマ株式会社

ONC00001GK0001

2021年11月作成