

# 【患者さま用】 自己チェックシート(乳がん地域連携パス)

|      |  |
|------|--|
| 患者氏名 |  |
|------|--|

\* 症状があれば欄に”レ”印を付けて下さい

| 区分   | チェック項目           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 術後 |          |
|------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------|
|      |                  | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | /  | 年<br>ヶ月日 |
| 副作用  | 食事が食べれない日が続いている  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 発疹があり、かゆみがある     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 関節の痛みがある         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 不正出血がある          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | おりものが増え、かゆみがある   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 体重が( )kg/月以上増えた  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
| リハビリ | 腕があがらないことがある     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 腕を上げると痛みがある      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 患側の腕にむくみがある      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
| 自己検診 | 手術の傷の周囲に赤み、熱感がある |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 乳房にしこりがある        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 乳房の痛みがある         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      | 脇の下に固いものがふれる     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
| その他  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |
|      |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |          |