

【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 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														