

自己チェック項目					
		/	/	/	/
症状（異常）の有無(1) ※何らかの症状がある場合は下記項目に ○または△印をつけてください		有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	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				
	ほてり、発汗がある				
	発疹があり、かゆみがある				
	吐き気・嘔吐がある				
	食欲不振				
	体重増加がある				
自己検診	患者の腕にむくみがある				
	腕があがらないことがある				
	腕をあげると痛みがある				
	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				
症状など (2)	上記以外の痛み				
	不眠				
	不安				
	気持ちの□らさ				
その他					

記入方法 (1)症状（異常）「有」と答えられた方は、該当する症状についてお答えください。
 ○→常に感じる △→ときどき感じる

