

カボメティクスによる治療を受けられる患者さんへ

カボメティクス 治療日誌



監修

国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学 泌尿器科
教授 野々村 祝夫 先生

公益財団法人がん研究会有明病院 総合腫瘍科
部長 三浦 裕司 先生

治療日誌をつけましょう

おくすりをきちんと服用できているか、体調の変化やおくすりによる副作用がないかなどを把握しておくことはとても重要です。この「カボメティクス治療日誌」を利用して、日々の健康チェックを習慣づけましょう。

カボメティクス治療日誌に、服用状況、体調、症状などを記録することにより、治療を効果的かつ安全に継続していきましょう。

通院時にはカボメティクス治療日誌を持参して、記録した内容をもとに医師の診察を受けるとよいでしょう。



カボメティクスの服用方法と注意点

服用の量とタイミング

- おくすりは必ず、医師の指示どおりに服用しましょう。
- カボメティクスはのむおくすり(錠剤)です。成人では通常、1日1回60 mgを空腹時に服用します。
- 医師は、患者さんの状態によって、おくすりの量を減らしたりすることがあります(一旦減らした量を増やすこともあります)。
- 自己判断でカボメティクスの量を減らしたり、増やしたりしないでください。
- 服用しわすれたときは、次回の服用時に**1回分**服用しましょう。2回分まとめて服用してはいけません。
- 気になることがあれば、医師または薬剤師に相談してください。

服用時の注意点

- 食事の前後(食事前の1時間、食事後の2時間)の服用を避け、空腹時に服用してください。
- できるだけ決まった時刻に服用するように心がけましょう。
- 錠剤を噛みくだいたりつぶしたりせずに、そのまま十分な量(コップ一杯程度)の水またはぬるま湯とともに服用してください。
- カボメティクスの効果や副作用の発現に影響が出ることがありますので、カボメティクスを服用している間は、グレープフルーツジュースやセイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)^{注)}を含む食品の摂取を控えてください。
- 体調がいい日が続いていても、あるいは気分が悪いときが続いていても、自己判断でカボメティクスの服用をやめてはいけません。必ず医師に相談し、指示に従いましょう。

注) セイヨウオトギリソウ(英名セント・ジョーンズ・ワート)はハーブの一種で、花を含む地上部分やエキス、オイルおよびそれらを加工したお茶や錠剤などの形で健康食品として販売されています。

診察の際に、医師の指示・アドバイスなどを メモしておきましょう

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れてみましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

| | |
|-------------------|--|
| 日付 | 年 月 日 |
| カボメティクス 服用指示用量 | <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 20 20 <input type="checkbox"/> 20 医師から指示された服用量（1回に服用する錠剤の種類と数）に ✓を入れましょう。 |
| 医師からの指示 アドバイス | |

カボメティクス治療日誌 一記入ガイド

「カボメティクス治療日誌」(12ページ以降)への記入にあたっては、「記入例」(10ページ)を参照しながら、この「記入ガイド」をよく読んでください。

指示用量：「1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数」

診察のたびに、医師、薬剤師または看護師に確認し、1回に服用する錠剤の種類と数に✓を入れましょう。

・「60mg錠×1錠」を服用する場合


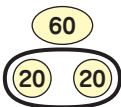
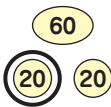

(60) (20) (20) (20)

・「20mg錠×2錠」を服用する場合

(60) (20) (20) (20)

・「20mg錠×1錠」を服用する場合

(60) (20) (20) (20)

| 項目 | 記入ガイド |
|----------|--|
| 日付・診察日 | カボメティクスの服用を開始する日から、月日と曜日を記入してください。診察を受けた日には○をつけてください。 |
| 服用した用量 | <p>この欄には、実際に服用した錠剤の種類と錠剤の数に○をつけてください。</p> <p>・「60mg錠×1錠」を服用した場合 </p> <p>・「20mg錠×2錠」を服用した場合 </p> <p>・「20mg錠×1錠」を服用した場合 </p> |
| 服用した時刻 | <p>実際に服用した時刻を記入してください（毎日できるだけ同じ時刻に服用しましょう）。</p> <p>※服用しわすれたときは、×を入れておきましょう。 → </p> |
| 体温・体重・血圧 | <p>日々の体温、体重、収縮期/拡張期血圧（朝と夕）を測り、記入してください。</p> <p>※毎日できるだけ同じ時刻に測定しましょう。</p> |
| 症 状 | <ul style="list-style-type: none"> ・症状があったら、該当する箇所に✓を入れてください。 ・嘔吐・下痢：嘔吐または下痢があった回数^①を記入してください。 ・出血・むくみ：出血またはむくみがあった部位を記載してください。 ・手足の症状：手足に普段と異なる症状（しびれ、痛み、赤み、腫れなど）があったら✓を入れ、メモ欄にその症状を記載してください。 ・症状の具体的な状況（例：下痢に腹痛がともなっていた）、部位（出血、むくみがあった部位）などについては、メモ欄に記載しておきましょう。 |
| ほかの症状 | <p>普段と異なる症状（「症状」欄以外のもの）があった場合は、具体的な症状と症状のあった部位を記載してください。</p> |
| メ モ | <p>気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう。</p> |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

(60)
 (20) (20)
 (20)

●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 X 週 | | 4 / 1 | 4 / 2 | 4 / 3 | 4 / 4 | 4 / 5 | 4 / 6 | 4 / 7 |
|--|-------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 月 曜日 | 火 曜日 | 水 曜日 | 木 曜日 | 金 曜日 | 土 曜日 | 日 曜日 |
| 服用した用量 | | (60) 0 (20) | (60) 20 (20) | (60) 20 (20) | (60) 20 (20) | (60) 20 (20) | (60) 20 (20) | (60) 20 (20) |
| 服用した時刻 | | 9:30 | 9:30 | 9:25 | 9:35 | 9:20 | 9:35 | 9:30 |
| 体温 (°C) | | 37.8 | 36.8 | 36.2 | 36.1 | 36.0 | 36.0 | 36.1 |
| 体重 (kg) | | 63.2 | 62.8 | 62.7 | 63.0 | 63.1 | 63.2 | 63.2 |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | | 朝 | / | 140/89 | 140/88 | 140/90 | 140/89 | 139/90 |
| | | 夕 | 139/89 | 139/89 | 139/88 | 139/89 | / | 139/89 |
| 症 状 | 食欲不振 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| | 吐き気 | ✓ | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | — | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | 下 | — | 下 | | | | |
| | 疲れ・だるさ | ✓ | ✓ | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | | 歯ぐき |
| | むくみ (部位) | | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | | |
| 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | ✓ | | |
| ほかの症状(上記以外) があれば記入してください | | | | | | | 背中のかゆみ | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | 4月1日 腹痛をともなう水様便が出た。だるさがひどくて、半日ベッドで過ごした 4月2日 食欲はまだあまりなく、下痢が1回あったが、体調は昨日よりいい 4月5日 手の指先がチクチクする感じがあった 4月7日 朝、歯みがきの後、歯ぐきから出血 | | | | | | |

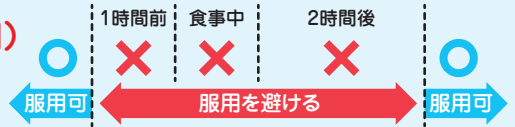
服用できず

測定できなかったときは
空欄のままにしておいて
ください

「正」の字や、
数字で回数を
記入してください

—記入例—

🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

診察日

| 第 X 週 | 4 / 8 | | 4 / 9 | | 4 / 10 | | 4 / 11 | | 4 / 12 | | 4 / 13 | | 4 / 14 | | |
|--|---------------------------|--------|----------------------------|--------|--------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|--|
| | 月 曜日 | | 火 曜日 | | 水 曜日 | | 木 曜日 | | 金 曜日 | | 土 曜日 | | 日 曜日 | | |
| 服用した用量 | 60 20 20 | | 60 20 20 | | 60 20 20 | | 60 20 20 | | 60 20 20 | | 60 20 20 | | 60 20 20 | | |
| 服用した時刻 | 9:20 | | 9:30 | | 9:30 | | : | | 9:35 | | : | | 9:25 | | |
| 体温 (°C) | 36.2 | | 36.5 | | 36.5 | | 36.5 | | 36.3 | | 36.1 | | 36.0 | | |
| 体重 (kg) | 63.1 | | 62.9 | | 62.9 | | 62.9 | | 62.9 | | 63.0 | | 63.2 | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | 140/90 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 140/89 | 139/90 | 139/90 | 138/88 | 140/90 | 140/90 | |
| | 夕 | 138/88 | / | 138/88 | / | 138/88 | / | 138/88 | 139/90 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | 138/88 | |
| 症状 | 食欲不振 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| | 吐き気 | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | — | | T | | | | | | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | | | | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | | | | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | | | | | 口内炎 | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | 4月9日 吐き気とだるさのため、起き上がるのもつらい | | 4月13日 体調はよくなってきた。口内炎ができた | | | | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

(60)
 (20) (20)
 (20)

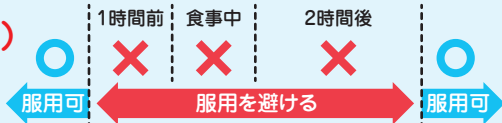
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第1週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第1週～第2週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第2週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数

(医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60

20 20

20

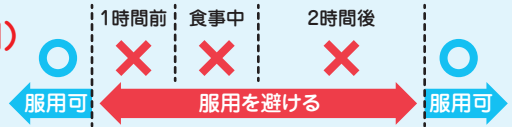
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第3週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第3週～第4週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第4週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

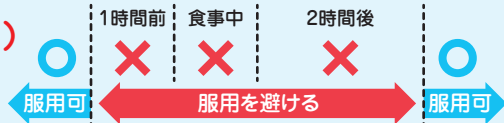
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 5 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、 腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外) があれば記入してくだ さい | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護 師に伝えたいことなどをメ モしておきましょう | | | | | | | |

(第5週～第6週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第6週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

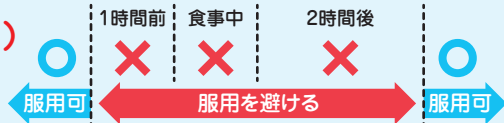
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 7 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、 腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外) があれば記入してくだ さい | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護 師に伝えたいことなどをメ モしておきましょう | | | | | | | |

(第7週～第8週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第8週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

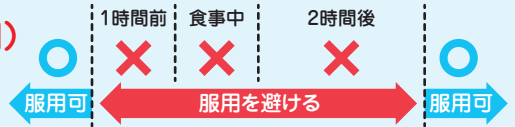
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第9週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第9週～第10週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第10週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

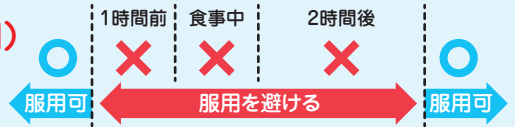
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 11 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第11週～第12週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第12週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

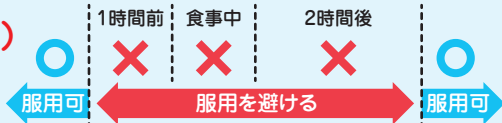
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 13 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、 腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外) があれば記入してくだ さい | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護 師に伝えたいことなどをメ モしておきましょう | | | | | | | |

(第13週～第14週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第14週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

(60)
 (20) (20)
 (20)

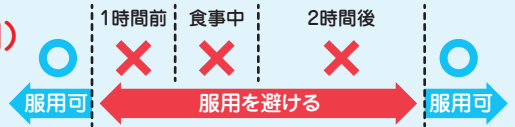
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 15 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) | (60) (20) (20) |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第15週～第16週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第16週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

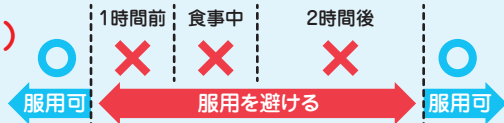
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 17 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第17週～第18週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第18週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

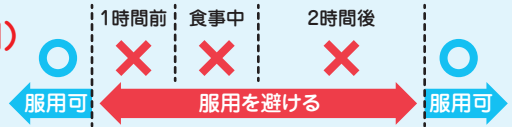
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 19 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第19週～第20週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第20週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60

20 20

20

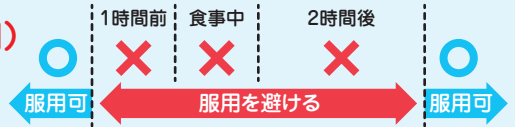
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 21 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、 腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外) があれば記入してくだ さい | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護 師に伝えたいことなどをメ モしておきましょう | | | | | | | |

(第21週～第22週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 22 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

カボメティクス治療日誌

今週の開始服用量：1回に服用する錠剤の種類と錠剤の数
 (医師、薬剤師または看護師に確認してから記入しましょう。)

60
 20 20
 20

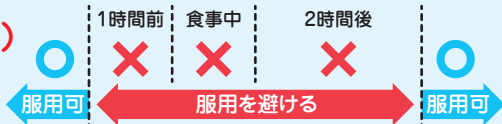
●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第 23 週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症 状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

(第23週～第24週)



🕒 食事の前後（食事前の1時間、食事後の2時間）の服用を避け、空腹時に服用してください。



●体調の変化や症状などを、記入例にならって記録しましょう。

| 第24週 | | / | / | / | / | / | / |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 服用した用量 | | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 | 60 20 20 |
| 服用した時刻 | | : | : | : | : | : | : |
| 体温 (°C) | | | | | | | |
| 体重 (kg) | | | | | | | |
| 血圧 (収縮期/拡張期mmHg) | 朝 | / | / | / | / | / | / |
| | 夕 | / | / | / | / | / | / |
| 症状 | 食欲不振 | | | | | | |
| | 吐き気 | | | | | | |
| | 嘔吐 (回数) | | | | | | |
| | 下痢 (回数) | | | | | | |
| | 疲れ・だるさ | | | | | | |
| | 出血 (部位) | | | | | | |
| | むくみ (部位) | | | | | | |
| | 目または肌の色が黄色い | | | | | | |
| | 手足の症状 (しびれ、痛み、赤み、腫れなど) | | | | | | |
| ほかの症状(上記以外)があれば記入してください | | | | | | | |
| 【メモ】 気になることや、医師・看護師に伝えたいことなどをメモしておきましょう | | | | | | | |

医療機関名

「カボメティクス治療日誌」のほかにも下記がご利用になれます。

カボメティクスを服用されている患者さんご家族のための情報サイト

カボメティクス.jp

<https://www.takeda.co.jp/patients/cabometryx/rcc/>



武田薬品工業株式会社