

～あなたの症状を教えてください～

月/日								
吐き気	最も気持ち悪い	10						
	我慢できない	5						
	気持ち悪さなし	0						
	食事量							
	嘔吐回数							
	排便回数							
症状	口内炎							
	しびれ							
	倦怠感							
	不眠							
皮膚	症状							
	部位							
その他	気になる症状があった場合には記録しておきましょう。							

症状は1:気になる程度、2:少しつらい、3:とてもつらい で記載してください。