

## 部位別の症状チェックシート（共通版）

日付： \_\_\_\_\_

製品名： \_\_\_\_\_

全身	<input type="checkbox"/> 熱がある、 <input type="checkbox"/> 寒気、 <input type="checkbox"/> 汗が出る、 <input type="checkbox"/> 疲れやすい、 <input type="checkbox"/> だるい・脱力、 <input type="checkbox"/> むくみ、 <input type="checkbox"/> 体重が減る、 <input type="checkbox"/> 体重が増える、 <input type="checkbox"/> けいれん、 <input type="checkbox"/> ふらつき、 <input type="checkbox"/> 運動障害・まひ <input type="checkbox"/> その他（全身の異常： _____）
眼・耳	<input type="checkbox"/> 目のかすみ、 <input type="checkbox"/> 目の充血、 <input type="checkbox"/> 視力の低下、 <input type="checkbox"/> 幻覚、 <input type="checkbox"/> 白目が黄色くなる、 <input type="checkbox"/> 耳鳴り、 <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい・難聴 <input type="checkbox"/> その他(眼・耳の異常： _____)
胸・呼吸	<input type="checkbox"/> 息苦しい、 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他（胸・呼吸の異常： _____）
手・足	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ、 <input type="checkbox"/> 手足のふるえ、 <input type="checkbox"/> 手足の爪が青紫～暗紫色になる、 <input type="checkbox"/> 手足が冷たくなる、 <input type="checkbox"/> 歩行障害、 <input type="checkbox"/> 脈がおそくなる、 <input type="checkbox"/> 脈が速くなる <input type="checkbox"/> その他（手・足の異常： _____）
尿	<input type="checkbox"/> 尿の色が変わる、 <input type="checkbox"/> 尿量が減る、 <input type="checkbox"/> 尿量が増える <input type="checkbox"/> その他(尿の異常： _____)
痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛、 <input type="checkbox"/> 目の痛み、 <input type="checkbox"/> 口や喉の痛み、 <input type="checkbox"/> 胸が痛い、 <input type="checkbox"/> 腹痛、 <input type="checkbox"/> 腰・背中の痛み、 <input type="checkbox"/> 手足の痛み、 <input type="checkbox"/> 筋肉痛、 <input type="checkbox"/> 関節の痛み、 <input type="checkbox"/> その他(痛み： _____)



頭	<input type="checkbox"/> めまい、 <input type="checkbox"/> 意識消失・意識低下、 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ、 <input type="checkbox"/> 眠くなる、 <input type="checkbox"/> 不眠、 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> その他(頭の異常： _____)
口や喉	<input type="checkbox"/> 咳、 <input type="checkbox"/> 喉が渇く、 <input type="checkbox"/> 吐き気、 <input type="checkbox"/> 嘔吐、 <input type="checkbox"/> 痰（たん）、 <input type="checkbox"/> 口内炎・口唇炎、 <input type="checkbox"/> 発語障害（声が出にくい・かすれる）、 <input type="checkbox"/> 味覚異常、 <input type="checkbox"/> 食べ物が飲みこみにくい <input type="checkbox"/> その他(口や喉の異常： _____)
お腹・便	<input type="checkbox"/> 食欲がない、 <input type="checkbox"/> 胃もたれ・むかつき、 <input type="checkbox"/> お腹が張る、 <input type="checkbox"/> 下痢、 <input type="checkbox"/> 黒い便が出る、 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他（お腹・便の異常： _____）
皮膚	<input type="checkbox"/> かゆみ、 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹・発疹、 <input type="checkbox"/> 皮膚が黄色くなる、 <input type="checkbox"/> 皮膚が赤くなる、 <input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥、 <input type="checkbox"/> 皮膚の潰瘍 <input type="checkbox"/> その他(皮膚の異常： _____)
出血	<input type="checkbox"/> あざ（皮下出血）、 <input type="checkbox"/> 鼻血、 <input type="checkbox"/> 血を吐く、 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの出血、 <input type="checkbox"/> 唇が青紫色になる、 <input type="checkbox"/> 血尿、 <input type="checkbox"/> 性器からの出血、 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> その他(出血： _____)
その他	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白、 <input type="checkbox"/> 筋肉の異常（こわばりなど） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）