

()週目

| | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / |
| 体温℃ | | | | | | | |
| 体重 kg | | | | | | | |
| 食事量 | | | | | | | |
| 血圧 | / | / | / | / | / | / | / |
| 食欲不振 | | | | | | | |
| 吐き気 | | | | | | | |
| 嘔吐 | | | | | | | |
| 発熱 | | | | | | | |
| 口内炎 | | | | | | | |
| 下痢 | | | | | | | |
| 便秘 | | | | | | | |
| 手足のしびれ | | | | | | | |

メモ

気になる症状・医療スタッフに伝えたいことを書いてください。

()週目

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / |
| 体温℃ | | | | | | | |
| 体重 kg | | | | | | | |
| 食事量 | | | | | | | |
| 血圧 | / | / | / | / | / | / | / |
| 食欲不振 | | | | | | | |
| 吐き気 | | | | | | | |
| 嘔吐 | | | | | | | |
| 発熱 | | | | | | | |
| 口内炎 | | | | | | | |
| 下痢 | | | | | | | |
| 便秘 | | | | | | | |
| 手足のしびれ | | | | | | | |
| メモ | 気になる症状・医療スタッフに伝えたいことを書いてください。 | | | | | | |