

治療日記の記入例

ティーエスワンの服用数を記入しましょう

治療日記 服用期間(予定) 7月1日 ~ 7月28日

	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝
日付(月/日)			7/1		2		3		
服用数			×	2	2	2	2	2	2
食事の量(%)			70		80		100		
症状			⑬		⑬				
日付(月/日)	7/7								
服用数	2								
食事の量(%)									
症状									
日付(月/日)									
服用数									
食事の量(%)									
症状									
日付(月/日)									
服用数									
食事の量(%)									
症状									
日付(月/日)									
服用数									
食事の量(%)									
症状									
日付(月/日)									
服用数									
食事の量(%)									
症状									

治療開始時に食べていた量を100%とした場合の1日の食事量を記入しましょう

副作用は、右表から該当する番号を選んで記入しましょう

休薬中にあらわれた副作用や、気づいた症状があれば記入しましょう

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

休薬期間(予定) 7月29日 ~ 8月11日

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいだい)	錠	錠
20mg/100mg	包	包
20mg/100mg	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいだい)	カプセル	カプセル

■症状
次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状
①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状
②下痢、おなかの痛み、便秘
③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状
⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎
⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる
⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)
⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血
⑩尿が茶色っぽくなる、血尿
⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他
⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振
⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

飲み残しの数 錠 / 包 / カプセル

このページが終わるときに
手元に残っている
ティーエスワンの数を
記入しましょう

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

ティーエスワンの
術後補助化学療法

おもな副作用と
対処法

Q&A
(質問と回答)

術がん術後の
おはなし

治療日記

わたしの情報



治療日記

服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

--	--	--



休業期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	夕	朝	夕	朝	夕	
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいだい)	錠	錠
ジュエース錠750 20mg	包	包
ジュエース錠750 25mg	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいだい)	カプセル	カプセル

症状

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状

②下痢、おなかが痛い、便秘
③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎
⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる
⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)
⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿
⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振
⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

飲み残しの数 錠 / 包 / カプセル

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。



治療日記

服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

--	--	--



休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいだい)	錠	錠
	包	包
	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいだい)	カプセル	カプセル

■症状

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状

②下痢、おなかが痛い、便秘

③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎

⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる

⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)

⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿

⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振

⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

--

飲み残しの数

錠 / 包 / カプセル



治療日記

服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

--	--	--

休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日



	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	朝 ☀	夕 🌙	
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいだい)	錠	錠
	包	包
	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいだい)	カプセル	カプセル

■症状

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状

②下痢、おなかが痛い、便秘
③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎
⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる
⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)
⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿
⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振
⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

--

飲み残しの数 錠 / 包 / カプセル



服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日

飲む薬	朝食後	夕食後
 (うすい青緑)	錠	錠
 (うすいだいだい)	錠	錠
 シェーソン錠 725 20mg 60錠 20mg 60錠	包	包
 シェーソン錠 725 25mg 60錠 25mg 60錠	包	包
 TC-440 白 (白／白)	カプセル	カプセル
 TC-443 白 (白／だいだい)	カプセル	カプセル

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

②下痢、おなかが痛い、便秘
③胃や腸の不快感 ④口内炎

- ⑤ 皮疹(発疹)、手足の皮膚炎
- ⑥ 色素沈着 ⑦ 皮膚や目が黄色くなる
- ⑧ 皮下にあざができる(紫色・赤色)
- ⑨ 涙がでる、目が痛い

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿
⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振
⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状を
ご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

錠 / 包 / カプセル



治療日記

服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

--	--	--

休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日



	夕	朝	夕	朝	夕	
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいたい)	錠	錠
ジェーエスワン錠 20mg (うすい青緑)	包	包
ジェーエスワン錠 25mg (うすい青緑)	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいたい)	カプセル	カプセル

■症状

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状

②下痢、おなかが痛い、便秘

③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎

⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる

⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)

⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿

⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振

⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

--

飲み残しの数

錠 / 包 / カプセル



治療日記

服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										
日付(月/日)										
服用数										
食事の量(%)										
症状										

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

--	--	--



休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日

	夕	朝	夕	朝	夕	
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						
日付(月/日)						
服用数						
食事の量(%)						
症状						

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

あなたが飲む薬の数を記入しましょう
(OD錠、顆粒剤またはカプセル剤のいずれかを服用します)。

飲む薬	朝食後	夕食後
(うすい青緑)	錠	錠
(うすいだいたい)	錠	錠
ジェーエスワン錠 20mg (うすい青緑)	包	包
ジェーエスワン錠 25mg (うすい青緑)	包	包
(白/白)	カプセル	カプセル
(白/だいたい)	カプセル	カプセル

■症状

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

■かぜのような症状

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

■口やおなかの症状

②下痢、おなかが痛い、便秘

③胃や腸の不快感 ④口内炎

■皮膚や目の症状

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎

⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる

⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)

⑨涙がでる、目が痛い

■尿の変化、出血

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿

⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

■その他

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振

⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状をご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

--

飲み残しの数

錠 / 包 / カプセル



服用期間(予定) 月 日 ~ 月 日

担当の医師や看護師、薬剤師に確認してもらいましょう。

チェック欄

休薬期間(予定) 月 日 ~ 月 日



飲む薬	朝食後	夕食後
 (うすい青緑)	錠	錠
 (うすいだいだい)	錠	錠
 (白／青緑)	包	包
 (白／青緑)	包	包
 (白／白)	カプセル	カプセル
 (白／だいだい)	カプセル	カプセル

次のような症状があった場合は、症状欄に気になる症状の番号を記入しておきましょう。

①熱がでる、のどが痛む、せきがでる

②下痢、おなかが痛い、便秘
③胃や腸の不快感 ④口内炎

⑤皮疹(発疹)、手足の皮膚炎
⑥色素沈着 ⑦皮膚や目が黄色くなる
⑧皮下にあざができる(紫色・赤色)
⑨涙がでる、目が痛い

⑩尿が茶色っぽくなる、血尿
⑪血便 ⑫鼻血や歯ぐきの出血

⑬体がだるい ⑭吐き気・嘔吐 ⑮食欲不振
⑯貧血症状、めまい、たちくらみ

※①～⑯以外の症状がでた場合には直接症状を
ご記入ください。

気づいたこと、困ったこと

このページの期間に飲み残したティーエスワンがある場合は、記入しておきましょう。

錠 / 包 / カプセル

わたしの情報



治療中に他の薬を使うと、効果に影響を及ぼしたり、思わぬ副作用があらわれることがあります。あなたがこれまでにどのような治療を受け、どのような薬を使っていたかという情報が非常に大切になります。

● 現在治療中の他の病気

☐ ない

☐ ある ▶

病名：

治療内容・薬の名前：

治療開始時期： 年 月 ～

病名：

治療内容・薬の名前：

治療開始時期： 年 月 ～

※透析治療を受けられている場合は、必ず担当の医師にお伝えください。

● 既往歴(今までにかかったことのある病気)

☐ ない

☐ ある ▶

病名：

治療内容・薬の名前：

治療期間： 年 月 ～ 年 月

病名：

治療内容・薬の名前：

治療期間： 年 月 ～ 年 月

● 今までに薬を使用して副作用やアレルギーがでたことがありますか？

☐ ない

☐ ある ▶

どのような薬ですか？(症状は？ いつ頃ですか？)

● 今までに食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

☐ ない

☐ ある ▶

何の食べ物ですか？

☐ 卵 ☐ 魚介類 ☐ 酒類 ☐ 乳製品

その他 ()

いつ頃ですか？

☐ 今もある

☐ 今はない

(歳頃)

● 市販薬、サプリメント、健康食品、民間療法の利用

市販薬、サプリメント、健康食品、民間療法の利用についても、ひと月にかかるおおよその費用とあわせて記入しておきましょう。

☐ ない

☐ ある ▶

使っているもの・費用など：

☐ ある ☒ に ☒ をされた方は担当の
医師、看護師、薬剤師に相談しましょう



● 身長と体重

ティーエスワンは身長と体重から薬の量が決められます。
ときどき体重の変化をチェックしましょう。

身長 cm

体重 kg





ティーエスワンの服用中

こんなときは がまんしないで連絡を!

次のような症状があるときは、担当の医師へ連絡してください。
症状や重症度から、対処法を考えます。

こんな症状はありませんか?

- | | |
|--|--|
| ☐ 発熱、感染症 | 38℃以上の発熱 |
| ----- | |
| ☐ 下痢 | 激しい下痢、下痢が長く続く、
排便回数がふだんよりも
1日4回以上増加 |
| ----- | |
| ☐ 口内炎 | 広い範囲に痛みがある(食事が
とれない)、服用し始めて数日以
内に下痢と同時にあらわれる |
| ----- | |
| ☐ 吐き気・嘔吐 | 症状が強い、症状が長く続く
(食事がとれない) |
| ----- | |
| ☐ 皮疹(発疹) | 全身に皮疹(発疹)ができた、
かゆみをともなう |
| ----- | |
| ☐ <small>かんしつせい</small> 間質性肺炎 | 息切れ・痰がでないせき(空せき)・
発熱 |

■ がまんしないで連絡をしてください

● 医療機関名

● 電話:

● 担当医師名

● 緊急連絡先

● TEL

● 携帯電話

● 担当医師名

MEMO

