

ルミセフ®に関する お問い合わせとホームページの紹介

●ルミセフ®情報提供サイト

<http://www.lumicef.jp/>



●協和キリンくすり相談窓口

お電話の内容を正確に承るため、また、対応品質の維持・向上のため通話を録音させていただいております。あらかじめご了承ください。

TEL: 0120-850-150

●受付時間 9:00~17:30 (土・日・祝日および弊社休日を除く)

※症状や治療に関する内容は、医師または薬剤師にご相談ください。

病医院

担当医

協和キリン株式会社

LMC0189
2023年10月作成
KKC-2023-00323-1
®登録商標

LUMICEF® 体調管理手帳

受診時に
持参
しましょう

ルミセフ®を使用されている方へ

掌蹠膿疱症

No.

記録期間

年 月 日 ▶ 年 月 日

監修 社会福祉法人聖母会 聖母病院 皮膚科部長
小林 里実 先生

ルミセフ®を使用されている方へ

お名前	
生年月日・年齢・性別	
年	月 日 (歳) 性別 (男・女)
連絡先	
自宅	住所
	電話 ()
勤務先	住所
	電話 ()
緊急連絡先	住所
	電話 ()
担当医	
● 病院名	
● 医師名	
● 診療科	
● 電話 ()	

はじめに

掌蹠膿疱症《しょうせきのうほうしょう》は、手のひらや足の裏に多数のうみを持った小さな水ぶくれ（膿疱《のうほう》といいます）が繰り返してできる皮膚炎です。膿疱の中は無菌なので、うみや皮膚に直接触れても人に感染することはありません。皮膚の症状に加えて、胸骨と鎖骨、肋骨、背骨などに痛みが出る場合もあり、掌蹠膿疱症性骨関節炎とよばれています。症状の出現には、無症状の歯周炎・扁桃炎や副鼻腔炎といった慢性炎症（感染病巣）や喫煙習慣が関係しており、それらの除去や禁煙が治療として重要であり、薬による治療より優先されます*。

ルミセフ®は、生物学的製剤に分類されるお薬で、免疫系のうち、IL-17の働きを選択的に抑えます。このお薬を安全に使うためには、感染病巣を処置・治療しておくことがとても大切です。また、生物学的製剤は、お薬を投与している間の体調管理が大切です。この手帳に、「今日の体調」を記録していただき、気になることは次回受診日に主治医にご相談ください。ここでは、日常生活の注意点や投与方法の解説のほか、あなたの実際の投与日を書き込むページがあります。これからの治療に役立ててください。

*日本皮膚科学会掌蹠膿疱症診療の手引き策定委員会, 掌蹠膿疱症診療の手引き 2022. 日皮会誌. 2022; 132(9): 2055-2113.

日常生活で気をつけること

掌蹠膿疱症の患者さんは喫煙している方が多く、喫煙と症状との関連性も考えられています*。健康のためにも禁煙をおすすめします。

無症状の歯周炎・扁桃炎・副鼻腔炎が掌蹠膿疱症や掌蹠膿疱症性骨関節炎の症状に重要な影響を及ぼすと考えられています*。歯・喉・鼻に関する持病や治療歴がある場合は、医師に相談しましょう。

歯肉のはれや歯の痛みなどがあらわれた場合は、医師、歯科医に相談しましょう。

また、皮膚の状態や気分の落ち込みなどを含め、いつもと違う症状に気づいたときには、主治医や医療スタッフにご相談ください。

*日本皮膚科学会掌蹠膿疱症診療の手引き策定委員会, 掌蹠膿疱症診療の手引き 2022. 日皮会誌. 2022; 132(9): 2055-2113.

日常生活では、特に以下の点に注意しましょう。

- 感染症にかかりやすい場所は避けましょう
- 歯のトラブルなど、感染源となりそうなものは、ルミセフ®による治療を開始する前に治療しておきましょう
- 歯や歯ぐき、あごの痛み、のどの痛みに気づいた場合は、すぐに主治医に相談し、歯科や耳鼻咽喉科を受診しましょう
- 食後は、しっかりと歯磨きしましょう
- 過度な耳掃除は控えましょう
- 下痢や便秘がある方は、腸の調子を整えましょう
- 過労を避け、十分な睡眠をとりましょう

ルミセフ®をはじめとする生物学的製剤は、免疫系の働きを抑えることで治療効果を示します。

一方で免疫系は、細菌やウイルス、カビなどの病原体から私たちの体を守る働きもあるので、ルミセフ®を使用すると元々持っている病原体により感染が引き起こされることがあります。また、口腔カンジダ症で口の中の粘膜が痛んだり、味覚に障害が出たり、食道

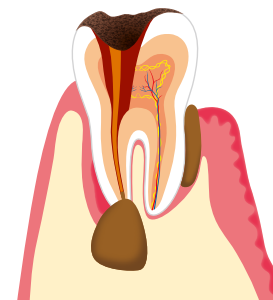
カンジダ症で胸焼け、胸の痛み、飲み込む際の痛みなどの症状があらわれることがあります。外耳炎などで耳垂れが出たりすることもあります。まれには、感染症が重くなる場合もあるため、できるだけ早く適切な治療を行う必要があります。普段から、左ページの点に十分注意して、感染症にかからないように心がけましょう。



扁桃炎



歯性病巣



ルミセフ®投与中は、生ワクチン接種による感染症発現のリスクを否定できないため、生ワクチン接種は行わないでください。

ルミセフ®の安全性について

ルミセフ®の治療中に副作用があらわれることがあります。いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。ちょっとしたことでも、重大な副作用のサインである場合があります。

このような
症状は
ありませんか？

胸部
せきがつづく

口や喉
嘔吐、のどの痛み、
口唇周囲のはれ

全身
かぜのような症状、
からだがだるい、
発熱、さむけ、ふらつき、
異常な汗をかく

皮膚
かゆみ、じんましん、
発疹

特に注意したい重大な副作用

特に注意していただきたい重大な副作用と、その症状を示します。各副作用ごとに記載した症状のうち、いくつかの症状が同時期にあらわれるのが一般的です。

	主な症状
重篤な感染症	かぜのような症状(せきがつづく など)、からだのだるい、発熱、嘔吐など
好中球数減少*	発熱、のどの痛みなど
重篤な過敏症	さむけ、ふらつき、異常な汗をかく、発熱、意識がうすれる、口唇周囲のはれ、息苦しい、かゆみ、じんましん、発疹など

*好中球は白血球の一種ですが、白血球には私たちのからだを病原体から守る働きがあるため、白血球が減少すると、感染症にかかりやすくなります。

特に注意したい副作用

特に注意していただきたい副作用として、「壊疽性膿皮症」があります。はじめは、すねのあたりに紅斑やはれをみとめ、症状が進行すると皮膚の潰瘍があらわれます。皮膚の状態がいつもと違う場合には、主治医や医療スタッフにご相談ください。

病巣感染について

ルミセフ®はIL-17阻害薬であることから、治療中に今まで隠れていた病巣感染があらわれる可能性があります。ルミセフ®による治療をはじめる前に病巣感染が残っていないか歯科や耳鼻咽喉科の先生に事前に確認してもらい治療することは、掌蹠膿疱症の症状を和らげるうえでとても重要です。

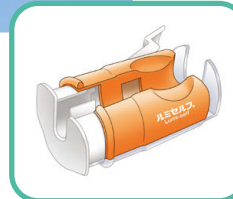
投与スケジュール

決められた投与日を守って投与してください。投与する時間は何時でもかまいません。下記の投与スケジュール表に、あらかじめ投与日を記載して忘れないようにしましょう。詳細は医療機関にご相談ください。

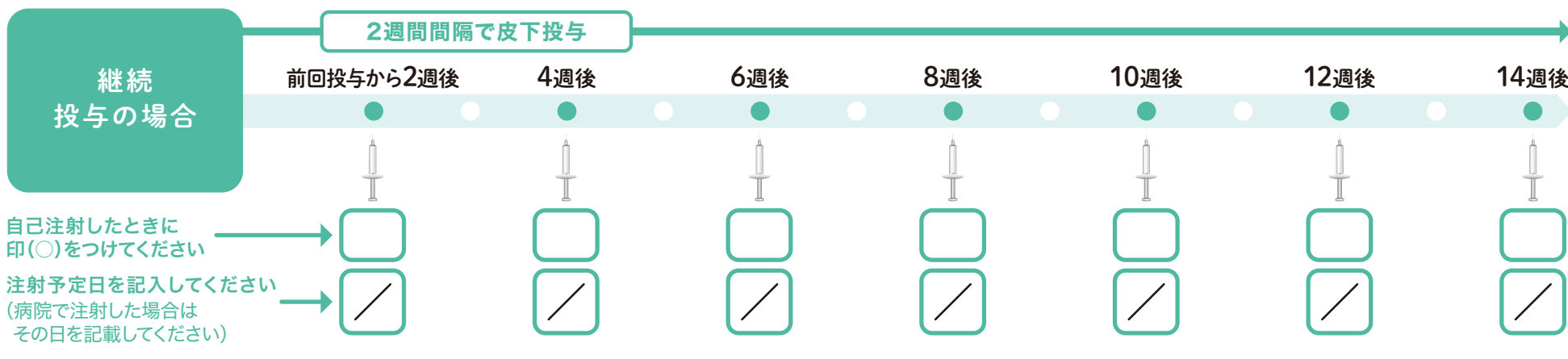
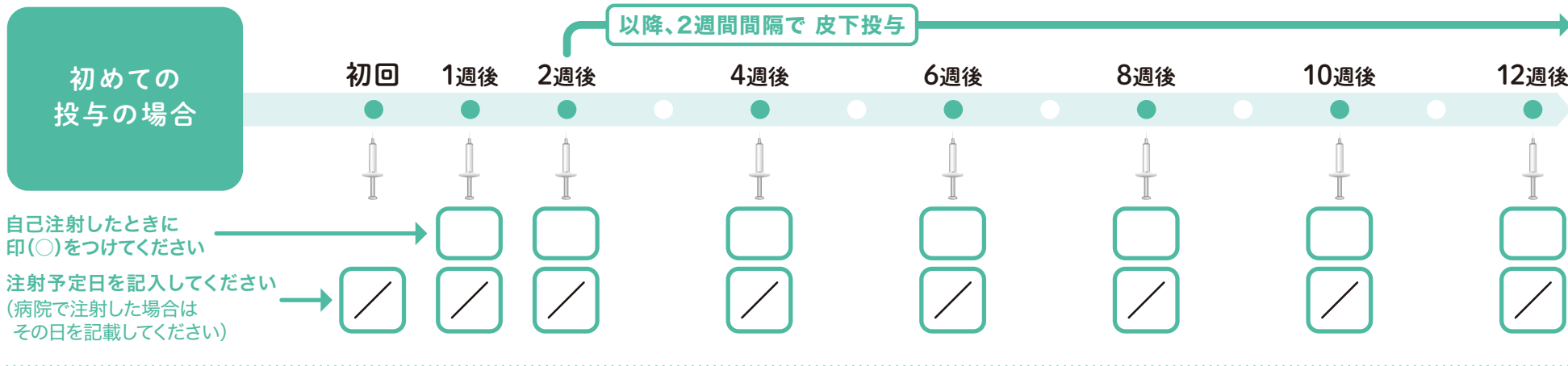


用法及び用量

通常、成人にはプロダルマブ(遺伝子組換え)として、1回210mg(1シリンジ)を、初回、1週後、2週後に皮下投与し、以降、2週間の間隔で皮下投与します。



補助具もあります。



投与の注意点

● ルミセフ®の保管方法

- 箱に入れたまま、冷蔵庫* (2～8℃)で保存してください。
*チルド室を除く
- 凍結させないよう、注意してください。
- 直射日光に当たる場所に放置せず、外箱から取り出した後も光を遮るよう^{さえぎ}にしてください。
- 小児の手の届かないところに保管してください。

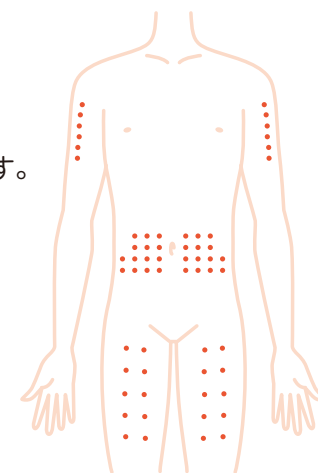
ご使用前の注意

- ご使用前にブリスター(包装)に表示されている使用期限を必ず確認してください。
- ブリスター(包装)開封後は直ちに使用してください。



● 注射する場所

- ルミセフ®は、「腹部」「上腕部(二の腕)の外側」「大腿部(太もも)」のいずれかに注射します。ただし、同じ部位に繰り返し注射せずに、注射するたびに少しずつずらしてください。
※脂肪の多い部位への投与が推奨されます。
- 上腕部(二の腕)の外側はご家族の方が注射される場合はお選びいただけますが、ご自身で注射される場合は避けてください。また、前回注射した部位から3～5cm離れた部位に注射してください。
- 皮膚が敏感な部分、皮膚に傷、湿疹、赤味などがある部分には注射しないでください。
- ルミセフ®は1シリンジにつき1回のみ使用するお薬です。一度使用したシリンジ(注射器)は再度使用してはいけません。



- 注射した場所は、きちんと手帳に記録しましょう
- 使用したシリンジは家庭で廃棄せず、
廃棄ボックスに入れて医療機関にお持ちください

投与の手順 [自己注射する場合]

● 投与前の準備

1 必要なものをそろえる

注射に必要なものをそろえてください。

- 外箱 ● アルコール綿 (消毒用、止血用) ● 廃棄ボックス
- 準備マット ● 体調管理手帳 ● 必要であれば補助具

外箱はあらかじめ、冷蔵庫から出して室温に戻しておきます。

※目安として、冷蔵庫から出した後室内に15～30分程度置いておきます。

電子レンジやお湯などで温めないでください。室温で長時間放置しないでください。

2 手を洗う

ブリスター (包装) やシリンジ (注射器)、補助具などを触る前に手をよく洗ってください。

3 シリンジ (注射器) を取り出す

外箱からブリスター (包装) を取り出した後、バレル (外筒) をつかんで、ブリスター (包装) からシリンジ (注射器) を取り出してください。その際に、ピストン (押し子) はつかまさないでください。

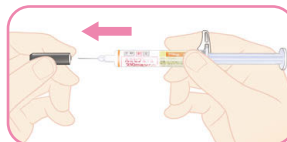


- シリンジ (注射器) の部品がすべてそろっていますか?
- 薬液は漏れていませんか?
- 針が大きく曲がったり、シリンジにゆがみやひびがありませんか?

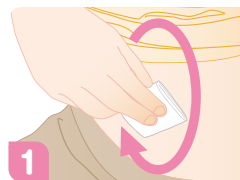
※薬液の色・性状: 無色から淡黄色、澄明からわずかに白濁の液

● キャップの外し方

シリンジ (注射器) のバレル (外筒) を持ち、水平にして、針についているキャップを外します。外すときに針がご自分の指などにささらないように十分に注意してください。

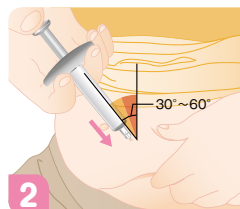


● 注射の方法 [腹部の例] (補助具を使用しないとき)



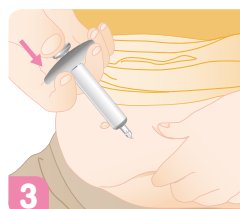
1 消毒する

注射する部位を決めたら、その部位を円を描くようにアルコール綿でふき、注射する部分の皮膚を消毒してください。



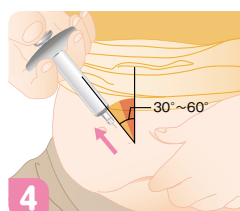
2 皮膚をつまみ、針をさす

消毒した部分の周囲の皮膚を軽くつまみます。シリンジ (注射器) の針を皮膚に対して斜め (30度から60度くらい) にして、針が全部見えなくなるまで、皮膚にさしてください。



3 注入する

シリンジ (注射器) をしっかり持って、ゆっくりと時間をかけて (目安として10～15秒くらいの時間をかけて) ピストン (押し子) を最後まで押し切ってください。



4 針を抜く

シリンジ (注射器) 中の液体が空になったら、注射をさしたときと同じ角度で針を抜いてください。



5 アルコール綿で押さえる

針を抜いた後、アルコール綿で静かに10秒程度押さえます。アルコール綿を外して血が出ていないことを確認したら注射は終わりです。注射した部位をもむとはれることがあるので、もまないように注意してください。使用後のシリンジ (注射器) は針キャップをつけずに廃棄ボックスに廃棄してください。

● 針で指をささないように注意してください。

● 補助具を使用した投与方法は「自己注射ガイドブック」でご確認ください。

ルミセフ®体調管理手帳のつけ方

この手帳は月別に1週間毎に記録できます。下記の記入例を参考に毎週記録を記入し、受診時、主治医に見せましょう。

記入例

8月 いつもの違うなと感じる症状があらわれ、主治医や医療スタッフにご相談ください。

週	手のひら・足裏の症状	関節症状	注意すべき症状
第1週 注射日 8/1	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	痛みのあるところに○印と日付をつけましょう 8/9	主な症状をあげています。 症状が現れた日付を記入し、これら以外の症状がある場合は、その他に記入しましょう。 発熱がある場合は、体温も記入しましょう。
第2週 注射日 8/8	水疱・膿疱 <input checked="" type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	痛みのあるところに○印と日付をつけましょう。想像できる最大の痛みを100とした場合の痛みの程度も記入しましょう。	症状が現れた日 8/21 <input checked="" type="checkbox"/> 歯の痛み <input checked="" type="checkbox"/> 発熱(37.6℃) <input checked="" type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()
第3週 注射日 8/15	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input checked="" type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	痛みのあるところに○印と日付をつけましょう。想像できる最大の痛みを100とした場合の痛みの程度も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱()℃ <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()
第4週 注射日 /	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input checked="" type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input checked="" type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	痛みのあるところに○印と日付をつけましょう。想像できる最大の痛みを100とした場合の痛みの程度も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱()℃ <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()
第5週 注射日 8/29	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input checked="" type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 赤み・はれ <input checked="" type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	痛みのあるところに○印と日付をつけましょう。想像できる最大の痛みを100とした場合の痛みの程度も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱()℃ <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()

注射した日付を記入しましょう。

皮膚の症状をチェックしましょう。症状のあるところは右のイラストに記入できます。

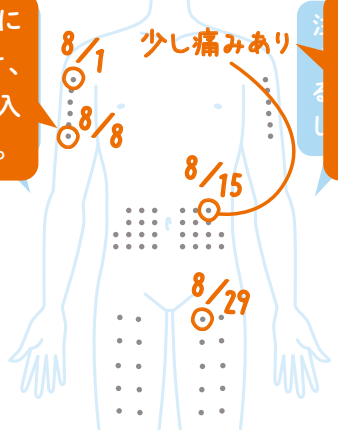
症状のあるところを記入しましょう。

気分の変化をチェックしましょう。

気分の変化

良い	ふつう	つらい
😊	😐	😞

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みやはれなどがある場合は記入しましょう。

記入例：症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

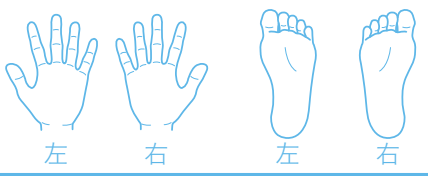
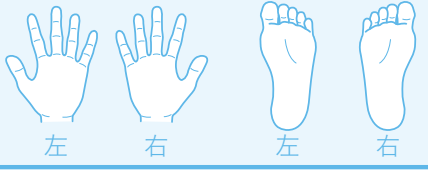
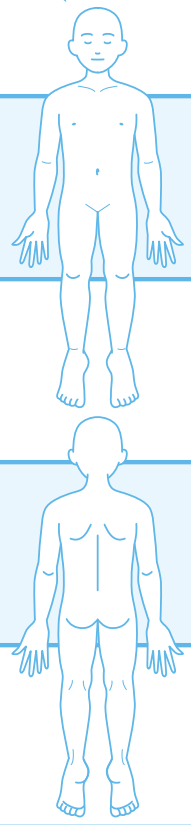
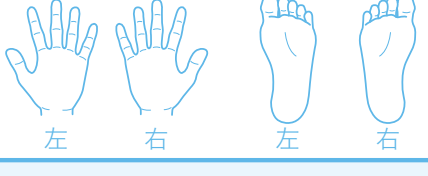


8/21 歯ぐきに違和感があるのですが大丈夫ですか？

次回受診予定日 9/12

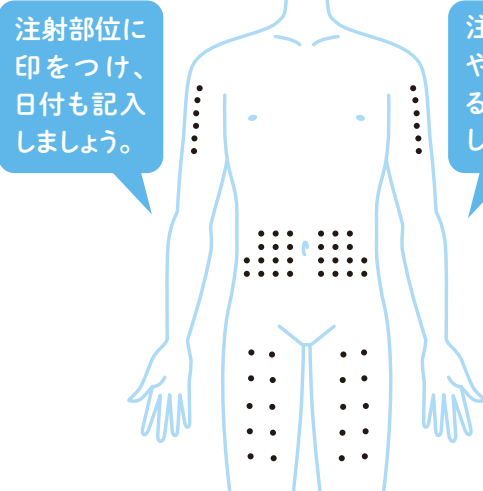
気になること、先生に聞きたいこと、相談したいことや、診察時の話などを記録しておきましょう。記入日も記録しましょう。

いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎



注射部位の **痛み** や **はれ** などがあ
 る場合は記入しま
 しょう。

気分の変化

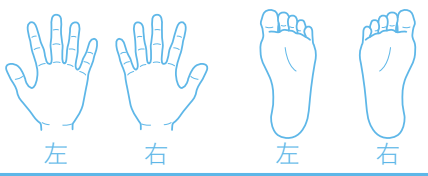
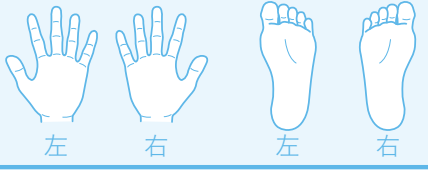
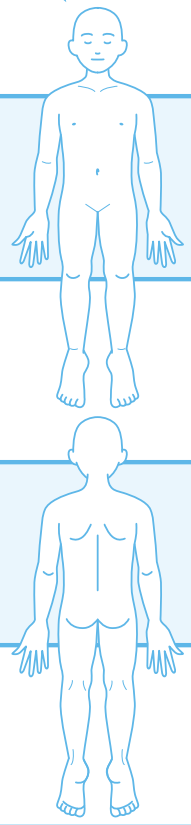
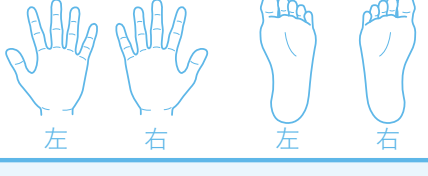


	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと
 ・相談したいこと(記入日)

次回受診
 予定日

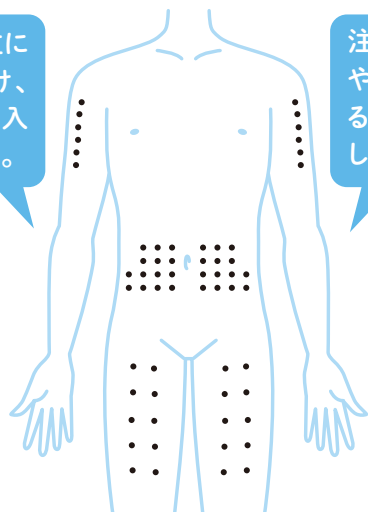
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第2週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第3週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第4週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第5週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

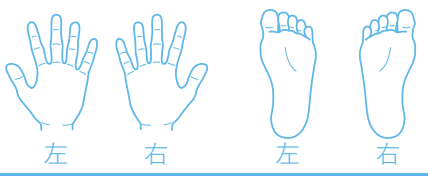
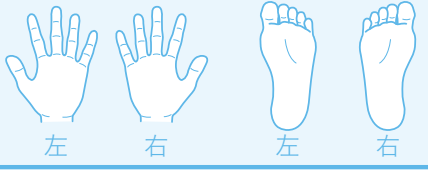
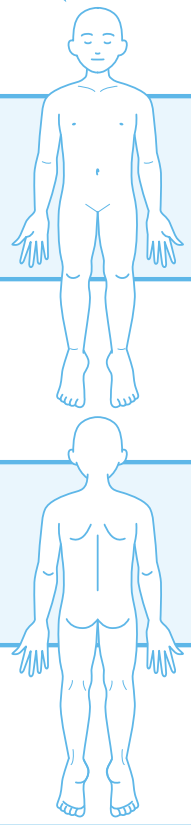
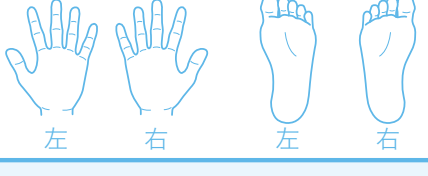


.....

.....

次回受診
 予定日

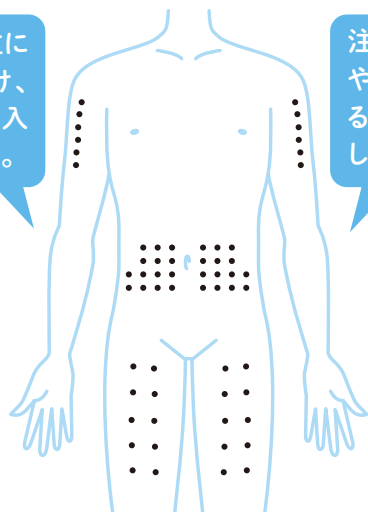
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

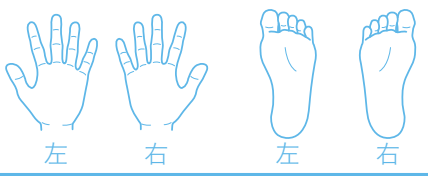
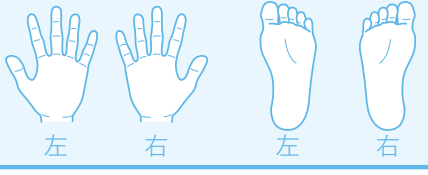
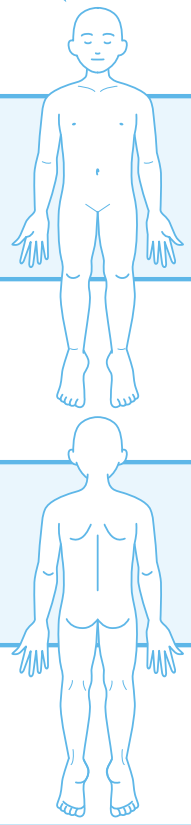
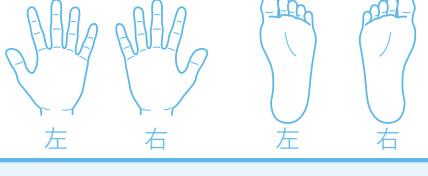


.....

.....

次回受診
 予定日

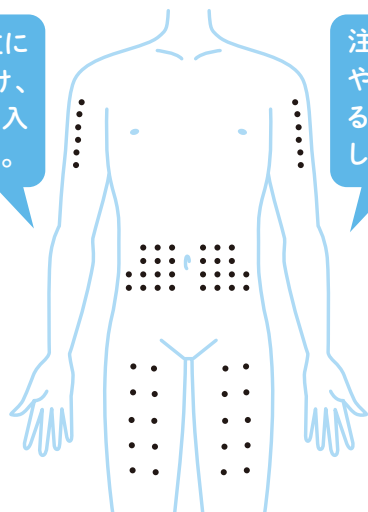
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の **痛み** や **はれ** などがあ
 る場合は記入しま
 しょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと
 ・相談したいこと(記入日)

.....

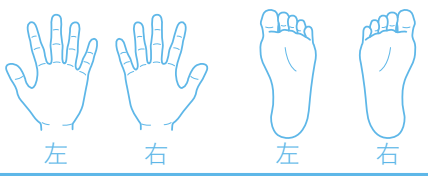
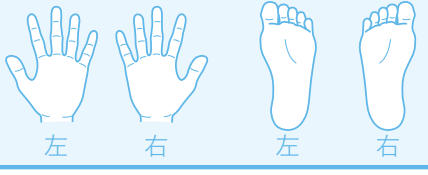
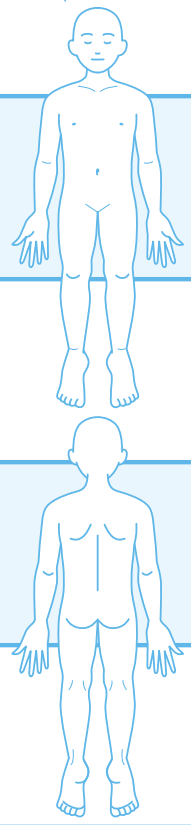
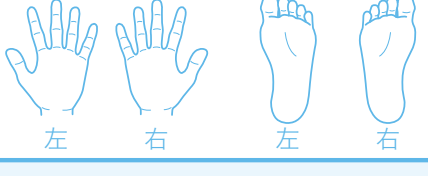


.....

.....

次回受診
 予定日

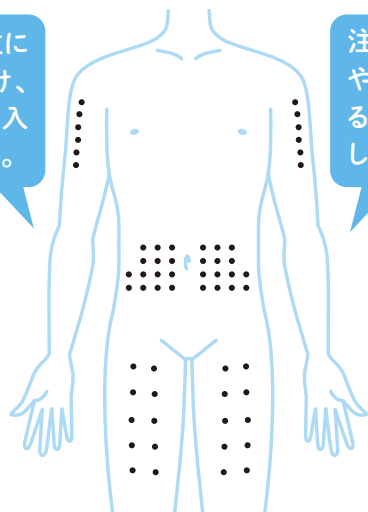
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

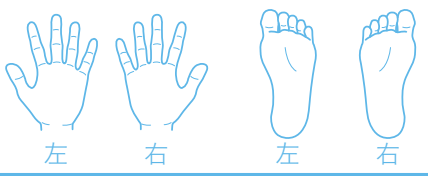
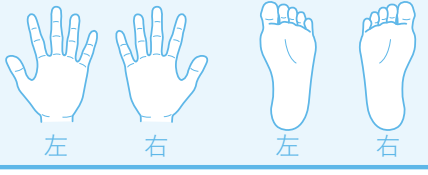
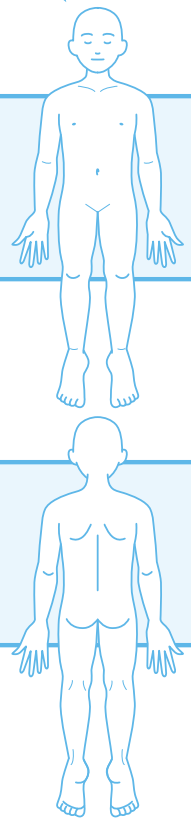
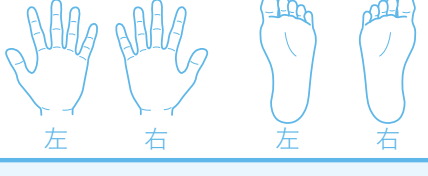


.....

.....

次回受診
 予定日

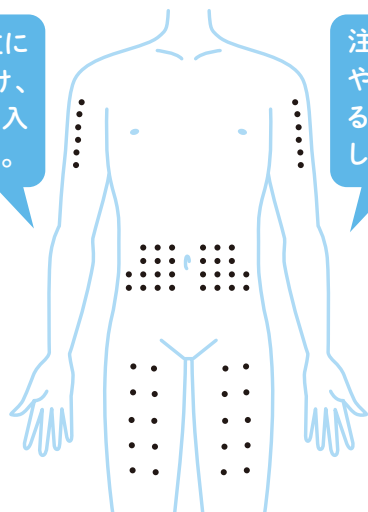
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例：症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

.....

.....

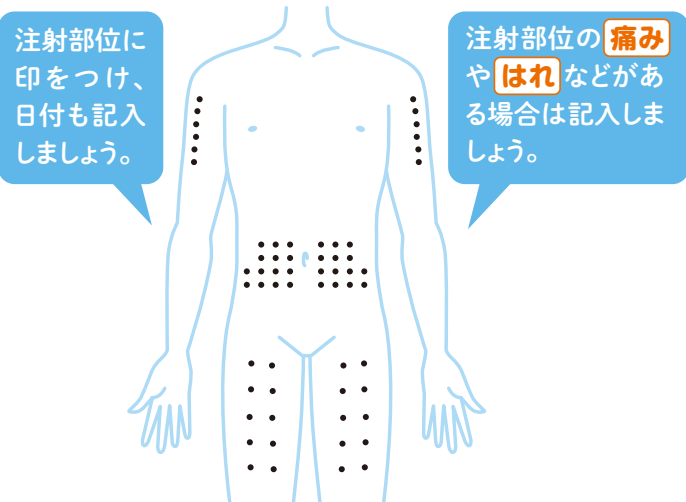
次回受診
 予定日

いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎



気分の変化

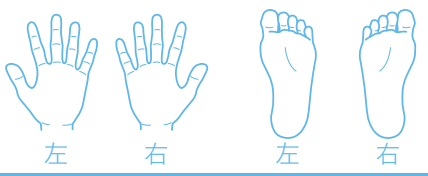
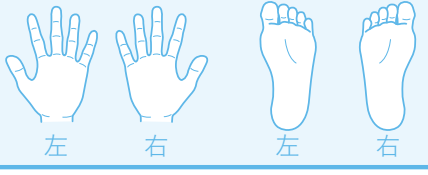
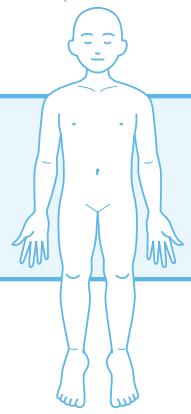
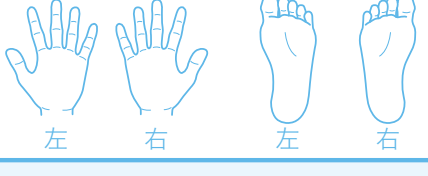
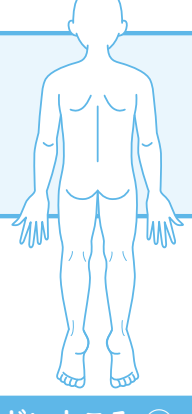

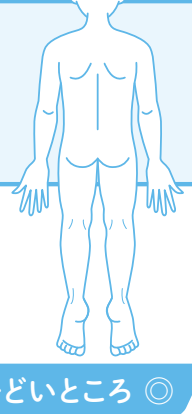


	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

次回受診予定日

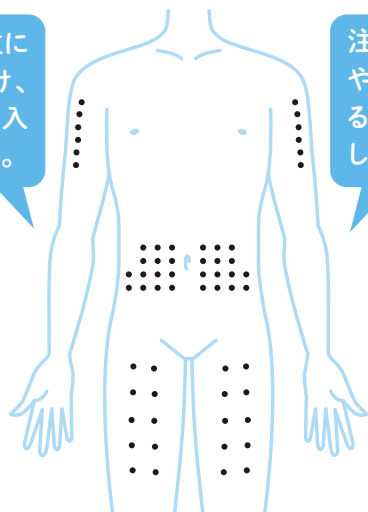
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例：症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第2週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第3週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第4週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第5週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

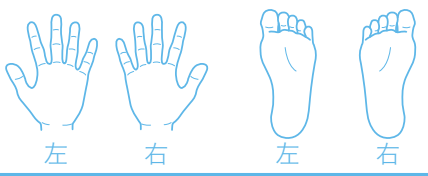
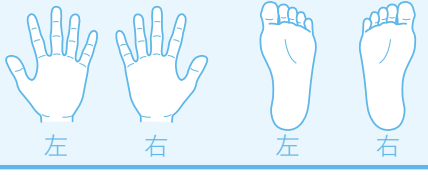
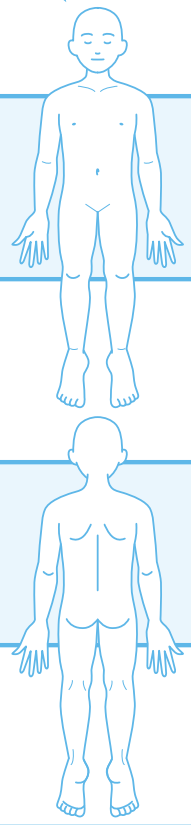
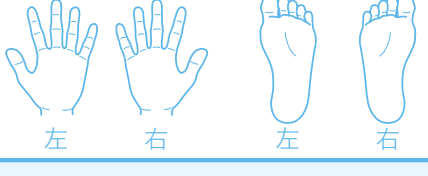


.....

.....

次回受診
予定日

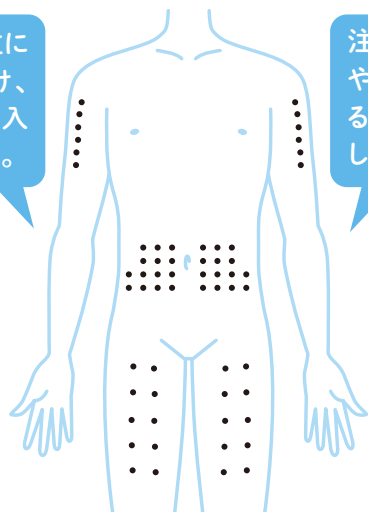
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に
印をつけ、
日付も記入
しましょう。



注射部位の **痛み**
や **はれ** などがあ
る場合は記入しま
しょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと
・相談したいこと(記入日)

.....

.....

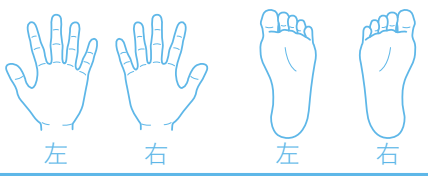
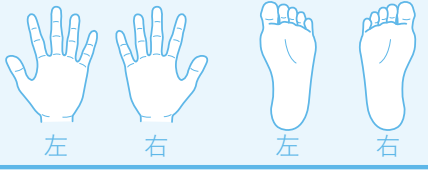
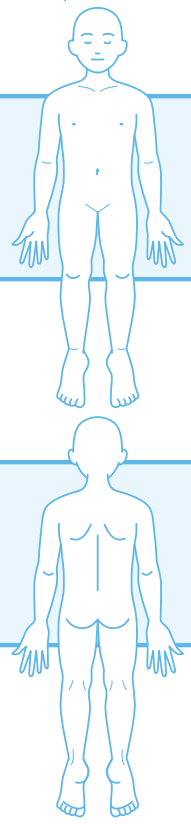
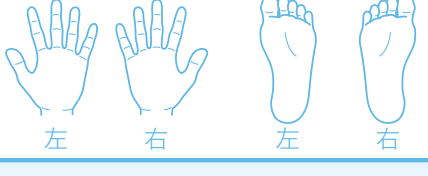


.....

次回受診
予定日



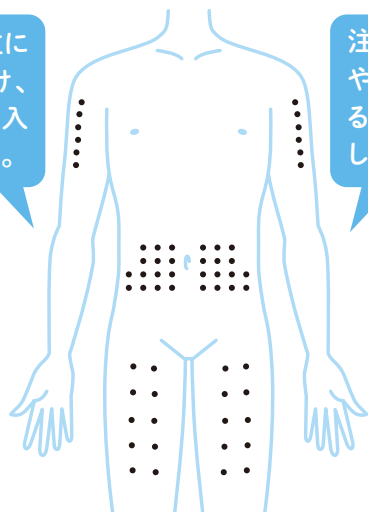
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

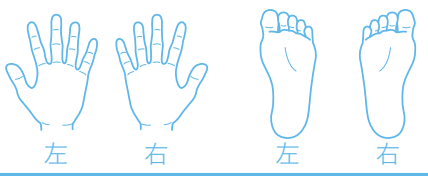
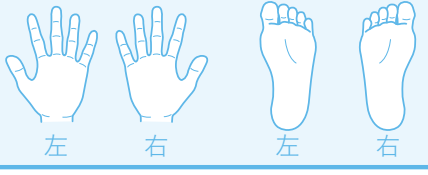
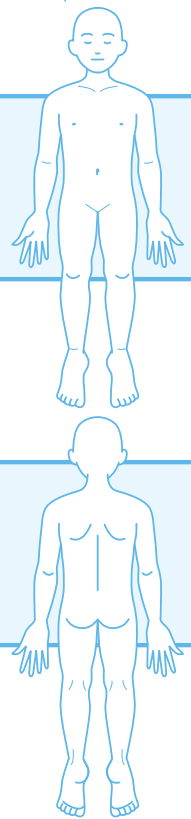
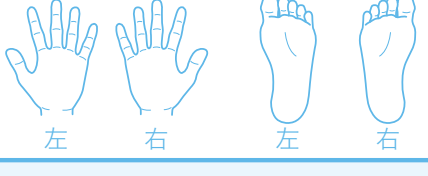


.....

.....

次回受診
 予定日

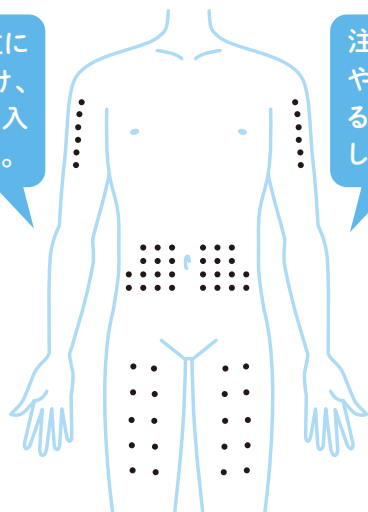
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度合 / 100	症状が 現れた日 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例：症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。



注射部位の痛みや「はれ」などがある場合は記入しましょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第2週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第3週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第4週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
第5週	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入日)

.....

.....

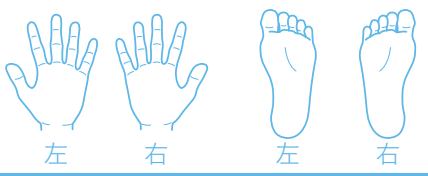
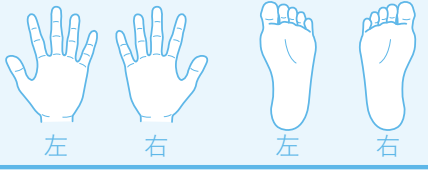
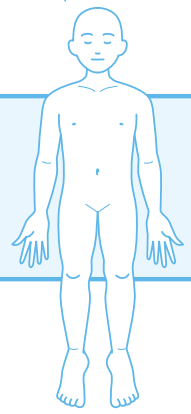
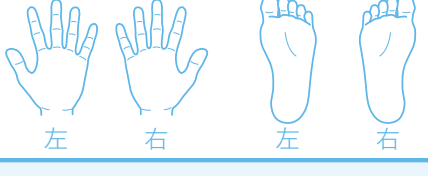
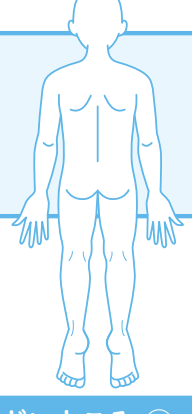

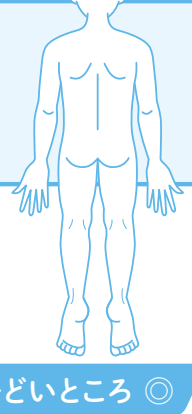


.....

次回受診
 予定日



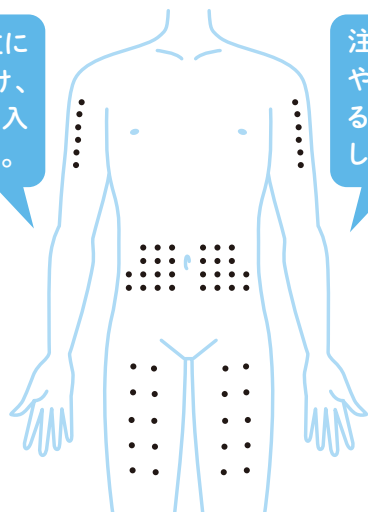
いつもと違うなと感じる症状があらわれたときには、すぐに主治医や医療スタッフにご相談ください。

月

	手のひら・足裏の症状				関節症状		注意すべき症状	
第1週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		痛みのあるところに ○印と日付をつけましょう	痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第2週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第3週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第4週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		
第5週 注射日 <input checked="" type="checkbox"/>	水疱・膿疱 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない カサカサ・角化 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない 赤み・はれ <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			痛みの 度数 / 100	症状が 現れた日: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他()		

記入例: 症状のあるところ ○ ひどいところ ◎

注射部位に
印をつけ、
日付も記入
しましょう。



注射部位の **痛み**
や **はれ** などがあ
る場合は記入しま
しょう。

気分の変化

	良い	ふつう	つらい
第1週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第2週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第3週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第4週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️
第5週	<input checked="" type="radio"/> 😊	<input type="radio"/> 😐	<input type="radio"/> ☹️

気になること、先生に聞きたいこと
・相談したいこと(記入日)

.....

.....

.....

次回受診
予定日

