

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

LMC0150
2020年11月作成
KKC-2020-01043-1
®登録商標

LUMICEF® 体調管理手帳

受診時には
必ず持参
しましょう

ルミセフ®を使用されている方へ

強直性脊椎炎、
X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎

No.

記録期間

年 月 日 ▶ 年 月 日

監修 岡山済生会総合病院 リウマチ・膠原病センター長
山村 昌弘 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

強直性脊椎炎、X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎は、主に体を支える骨盤(仙腸関節)や背骨(脊椎)の関節に炎症が持続する病気で、原因は特定されていません。炎症は腱や靭帯が骨にくっ付く部位に起こり、病気が進むにつれて次第に背骨の関節の動きが悪くなります(強直)。若い人(通常45歳前)に起こり、腰や背中の痛みは安静では軽くならず、むしろ動くことで改善するという特徴があります(炎症性背部痛)。関節以外にも、眼(ぶどう膜炎、虹彩炎)、皮膚(乾癬)、腸管(クローン病、潰瘍性大腸炎)などにも炎症を起こす病気のため、早期診断・早期治療が重要です。

強直性脊椎炎はレントゲン所見で仙腸関節に骨病変を認め、X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎はレントゲン所見を認めないという違いがあります。

ルミセフ®は、乾癬および強直性脊椎炎、X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎の治療薬の中で、生物学的製剤に分類されるお薬です。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、どんな小さな点も気になることは記録して、次回受診日に主治医にご相談ください。

乾癬や強直性脊椎炎、X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎は、治療期間が比較的長期にわたる疾患です。その時々環境や体調などで症状にも大きな変化が現れることがあります。日々の体調を記録した手帳は保存していただき、これからの治療生活に役立てましょう。

日常生活で気をつけること

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、カビなどの病原菌から私たちの体を守る働きがあるので、生物学的製剤を使用すると、病原菌に感染しやすくなることがあります。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。また、陰部カンジダもあらわれることがあります。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、右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。



イメージ図



口の中や舌がヒリヒリしたり、白いコケ状のものができます

口腔カンジダ症



日常生活では感染予防のため、特に以下の点に注意しましょう。

- 手洗い、うがいを励行しましょう
- 外出の際にはマスクを着用しましょう
- 虫歯や痔ろうなど、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
- 食後は、しっかりと歯磨きしましょう
- 入浴などにより、体を清潔に保ちましょう
- バランスのよい食事をこころがけましょう



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ので、日々の症状を記録しておきましょう。また、気分の変化などがあれば主治医に相談してください。

このような
症状は
ありませんか？

胸部
せきがつづく

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、
異常に汗をかく

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、異常に汗をかく、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体を病原菌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。

口や喉

嘔吐、のどの痛み、口唇周囲のはれ

皮膚

かゆみ、じんましん、
発疹

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。

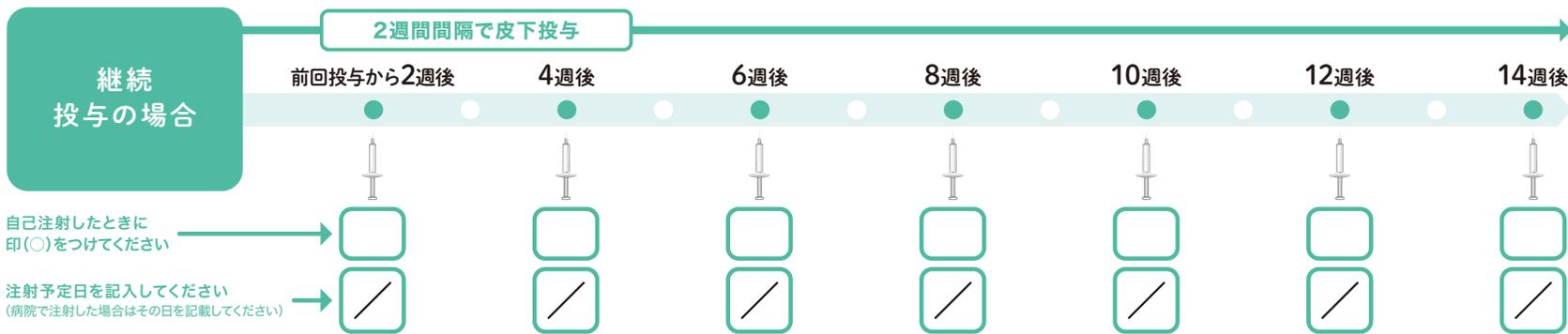
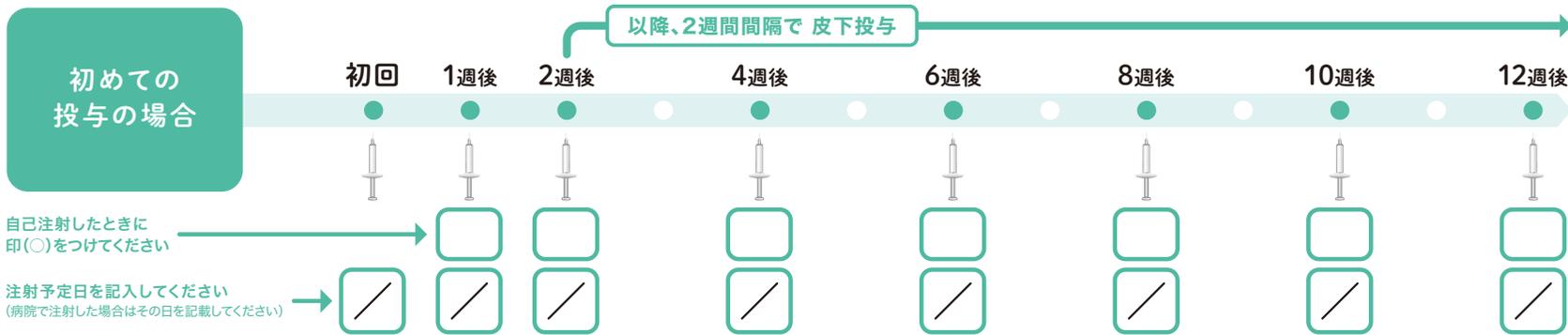


用法及び用量

通常、成人にはプロダグマルブ(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。

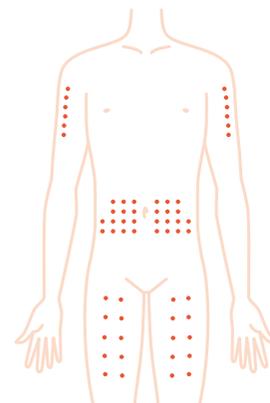
ご使用前の注意

- ご使用前にプリスター(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。
- プリスター(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、同じ個所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。
*脂肪の多い箇所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。
- 皮膚が敏感な部分、皮膚に傷、湿疹、赤味などがある部分、乾癬の皮疹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。



注射する部位で注意すること

- 前回注射した部位から3～5cm離れた部位に注射しましょう。
- 乾癬のある部位、特に、盛り上がっている部位、痛みのある部位、赤くなっている部位、傷がある部位、硬くなっている部位には注射しないでください。

注射した場所は、きちんと手帳に記録しましょう

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

プリスター(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

外箱からプリスター(包装)を取り出した後、パレル(外筒)をつかんで、プリスター(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)の部品がすべて揃っていますか? ● 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)のパレル(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)



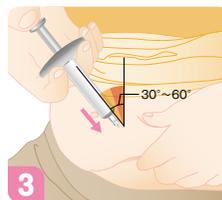
1 消毒する

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。



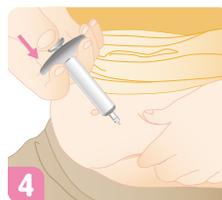
2 皮膚をつまむ

消毒した部分の周囲の皮膚を軽くつまんでください。



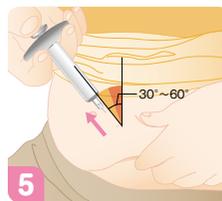
3 針をさす

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。



4 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(押子)を最後まで押し切ってください。



5 針を抜く

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



6 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事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。

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。

記入例

12月	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 12/1	<input type="checkbox"/> 股・肩関節 <input type="checkbox"/> 手・足の指	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	注射した日付を記入しましょう。 注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	良い ぶつう つらい 体調 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 気分 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
第2週 注射日 12/8	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと	<input type="checkbox"/> 股・肩関節 <input type="checkbox"/> 手・足の指	12/1 12/8 注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	良い ぶつう つらい 体調 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 気分 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
第3週 注射日 12/15	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと	<input type="checkbox"/> 股・肩関節 <input type="checkbox"/> 手・足の指	12/15 注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	良い ぶつう つらい 体調 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 気分 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
第4週 注射日 12/22	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input checked="" type="checkbox"/> アキレス腱・かかと	<input type="checkbox"/> 股・肩関節 <input type="checkbox"/> 手・足の指	12/22 注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。	症状が現れた日 12/22 <input type="checkbox"/> のどの痛み その他(吐き気)	良い ぶつう つらい 体調 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 気分 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
第5週 注射日 12/29	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと	<input type="checkbox"/> 股・肩関節 <input type="checkbox"/> 手・足の指	12/29 注射部位に印をつけ、日付も記入しましょう。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	良い ぶつう つらい 体調 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 気分 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

注射した日付を記入しましょう。

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。

関節の痛みやこわばりがある場合はチェックを入れましょう。下のイラストにも記入できます。

眼の炎症、皮膚の赤味やかサカサ、下痢や腹痛などの症状がある場合にチェックしましょう。

主な症状をあげています。症状が現れた日付を記入し、だるさや吐き気、下痢など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。

週の体調や気分の変化をチェックしましょう。

記入例にならって受診日前日(または当日)の関節症状の痛みやこわばり、皮疹のある所を記入しましょう。記入日も記入しましょう。

次の受診予定日を記入しましょう。

記入例

- 関節症状のあるところ
- 関節症状が特にひどいところ
- その他の症状があるところ

記入日
2020年12月15日

気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

12/22 かぜ薬は飲んでも大丈夫ですか?

次回受診予定日 1/12

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 気分 <input type="checkbox"/>
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 気分 <input type="checkbox"/>
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 気分 <input type="checkbox"/>
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 気分 <input type="checkbox"/>

記入例

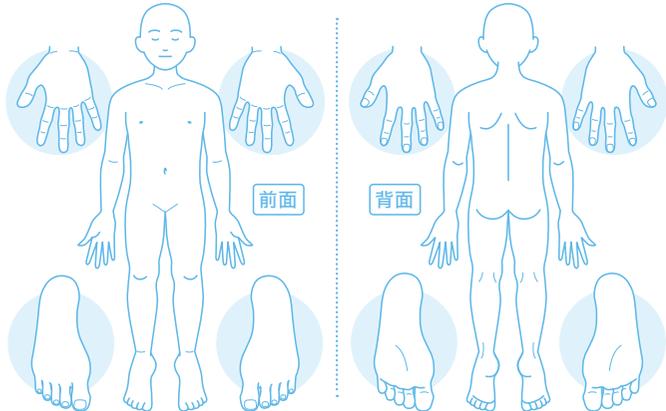
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>

記入例

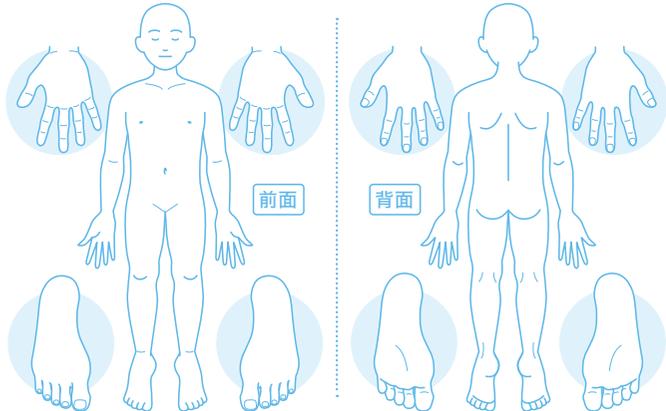
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし 良い ぶつう つらい 気分 <input type="checkbox"/>

記入例

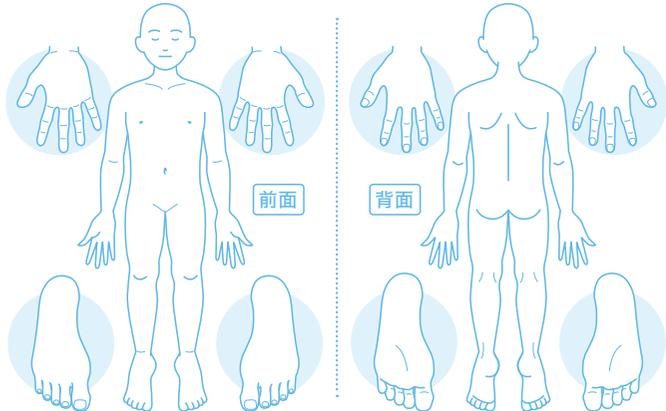
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した部位・日付 注射部位の痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

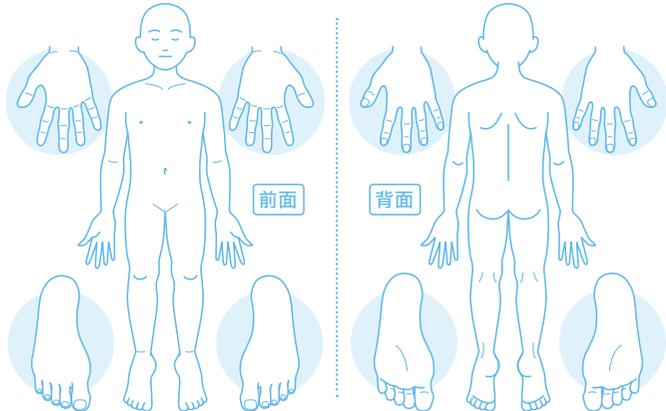
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

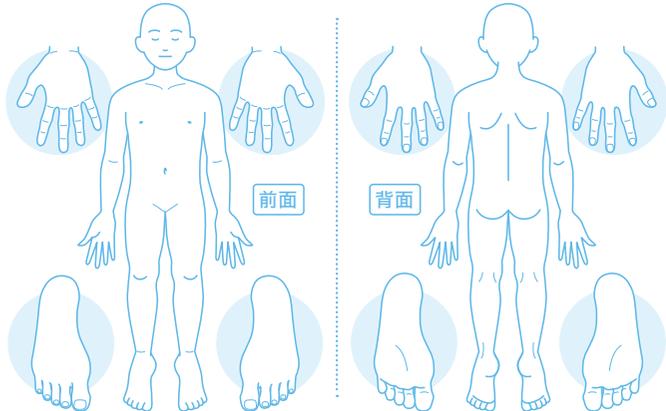
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

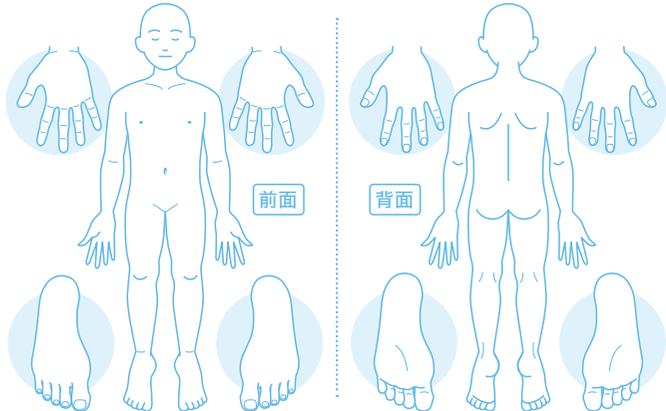
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化	
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> なし	体調 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い 気分 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> なし	体調 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い 気分 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> なし	体調 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い 気分 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> なし	体調 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い 気分 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> なし	体調 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い 気分 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い

記入例

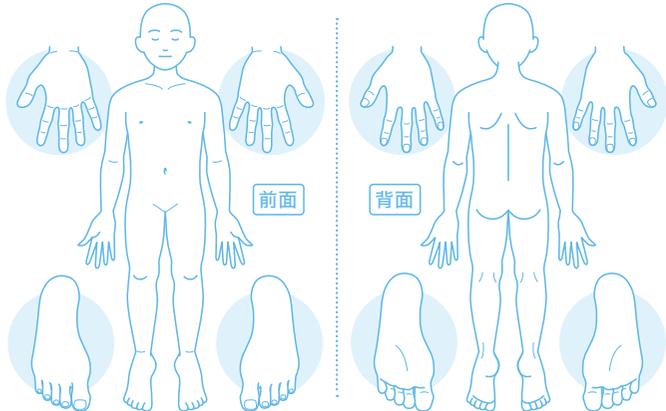
関節症状のあるところ

関節症状が特にひどいところ

その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した部位・日付 注射部位の痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

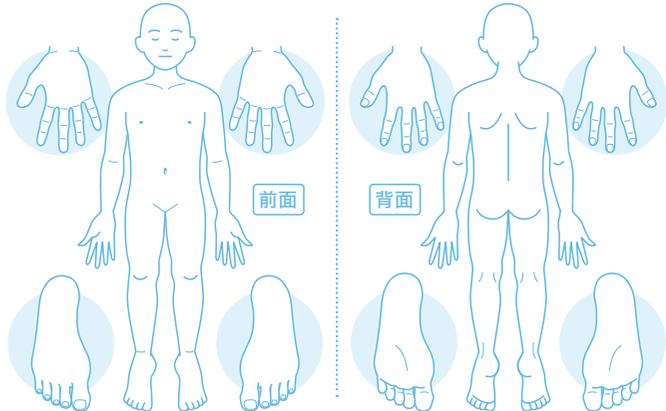
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した部位・日付 注射部位の痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

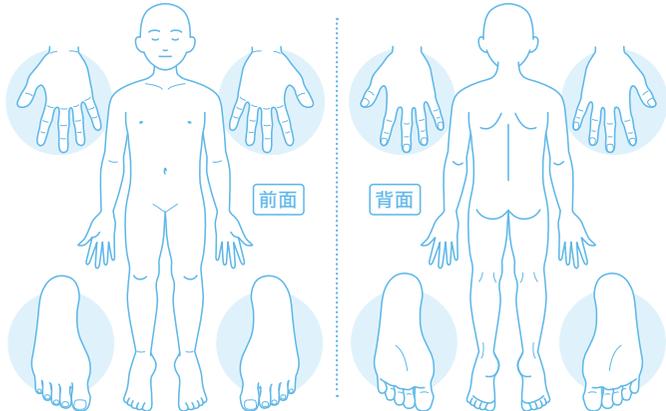
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日

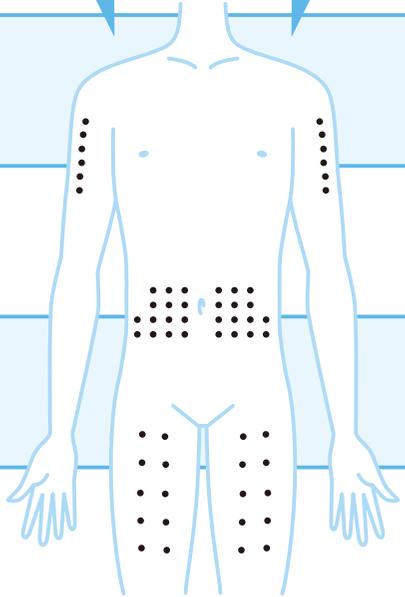


気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した部位・日付 注射部位の痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

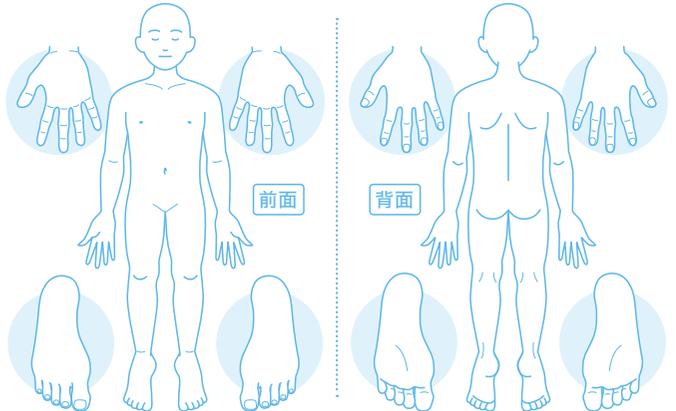


記入例

- 関節症状のあるところ
- ◎ 関節症状が特にひどいところ
- × その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した部位・日付 注射部位の痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

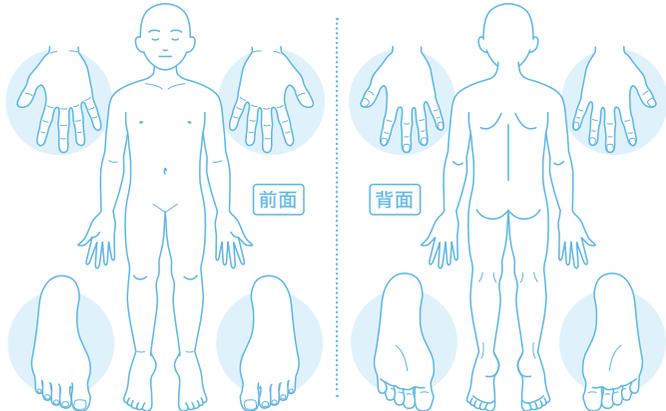
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

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	関節の痛みやこわばり	その他の症状	注射した 部位・日付 注射部位の 痛み・はれなど	かぜのような症状や、その他気になる症状	体調・気分の変化
第1週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸	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。	症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第2週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第3週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第4週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし
第5週 注射日 /	<input type="checkbox"/> 腰・背中 <input type="checkbox"/> アキレス腱・かかと その他()	<input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> 腸		症状が現れた日 / <input type="checkbox"/> のどの痛み その他()	体調 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> なし

記入例

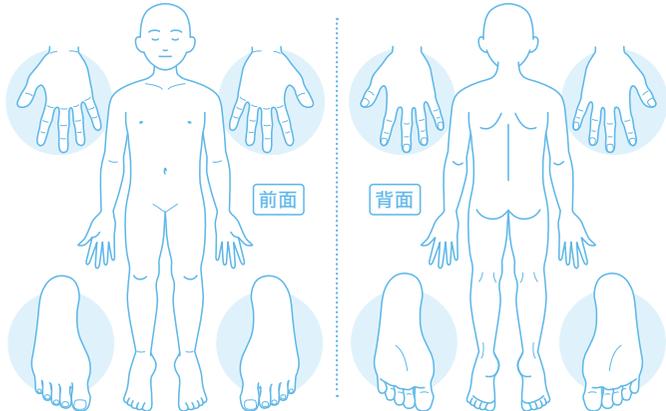
○ 関節症状のあるところ

◎ 関節症状が特にひどいところ

× その他の症状があるところ

記入日

年 月 日



気になること、先生に聞きたいこと・相談したいこと(記入用)

次回受診予定日 /