



リュープロレリン
酢酸塩注射用キット「NP」
治療記録

No. _____



年 月 日 ~ 年 月 日

お名前

様

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

次回の注射予定日を記入して、忘れないようにしましょう。

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

次回の注射予定日を記入して、忘れないようにしましょう。

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

次回の注射予定日を記入して、忘れないようにしましょう。

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次回の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	備考			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日

現在行っているリュープロレリン酢酸塩注射用キット「NP」による治療は4週ごとに継続して治療を受けて頂く必要があります。

次回治療日に必ず治療を受けてください。

治療日に来院できない場合は、必ず医師にご連絡ください。

受診病医院名