

リュープロレリン酢酸塩
注射用キット「NP」
SR注射用キット「NP」

治療記録

No. _____

年 月 日 ~ 年 月 日

お名前

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

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)			次の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

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)			次の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

注射した日	注射部位 (○をつけてください)			次の 注射予定日
	上腕部	腹部	臀部	
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

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
	投与間隔(週間) 4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			
月 日	左・右	左・右	左・右	月 日
	4・12			

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



2025年12月作成(TS)

[審2509301850]