

ウステキヌマブBS皮下注45mgシリンジ「ニプロ」の  
治療を受けられる患者さんへ

# 乾癬治療日誌

受診時には必ず持参しましょう



監修

大阪公立大学大学院  
医学研究科 皮膚病態学  
教授 **鶴田 大輔** 先生

No.

.....

年 月 日～ 年 月 日

この冊子は、ウステキヌマブBS皮下注45mgシリンジ「ニプロ」投与時の症状や体調の変化を記録する日誌です。毎日気づいたことを記入することで、お薬による副作用などがあらわれていないかを見つけることができます。

通院日に、主治医や看護師などの医療スタッフと冊子の記録内容を確認し、よりよい治療を行えるよう、ぜひお役立てください。

この日誌は約3ヵ月間分記録することができます。  
次の注射日に主治医から新しい日誌を受け取ってください。

## 目次



投与中に気をつけること

2

副作用について

3

副作用への対処

4

乾癬治療日誌の記入方法

5

乾癬日誌

6

# 投与中に気をつけること

このお薬は、体内で免疫の一部のはたらきを抑える作用があります。そのため治療中は、投与していないときよりも、病原菌やウイルスなどへの抵抗力が弱くなる可能性があります。

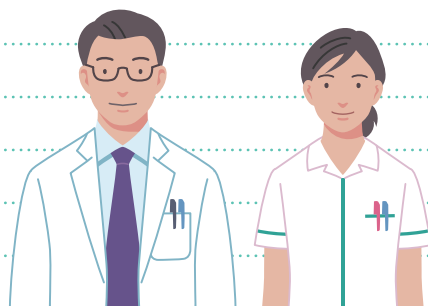
## ●感染症への対策

- かぜ、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症などの感染症を予防するために、外から帰ったら手洗い・うがいをしましょう。
- 感染症予防のため、ワクチンの接種を受けることが望ましいです。ただし、BCG、麻疹（はしか）、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜ、帯状疱疹などの**生ワクチンの接種は避けてください**。接種については、主治医に相談してください。



## ●その他の注意点

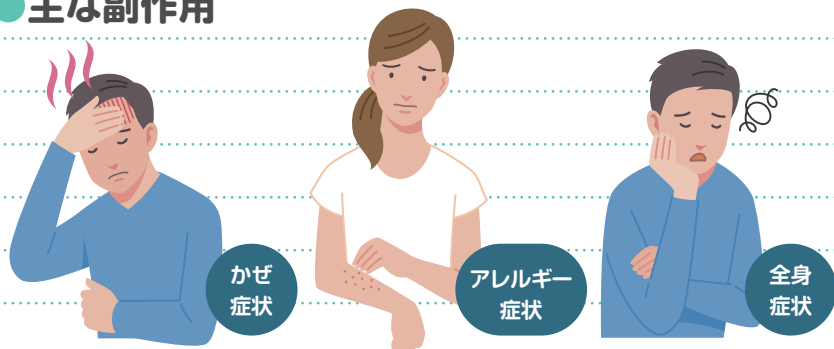
- このお薬を注射した当日は、注射部位への刺激は避けてください。
- 妊娠・授乳を希望される方は、主治医に相談してください。



# 副作用について

このお薬では、投与後に以下のような副作用があらわれることがあります。少しでも気になる症状があるときは、必ず主治医に相談してください。

## ●主な副作用



### ●かぜ症状：

のどが痛い、咳がでる、寒気がする、頭痛がする、熱がでる など

### ●アレルギー症状：発疹（じんましんなど）、かゆみ など

### ●全身症状：疲れやすい、体がだるい、関節の痛み など

### ●注射部位反応：赤み、腫れ など

### ●悪心・嘔吐

## ●重い副作用

以下のような重い副作用があらわれることがあります。症状がみられた場合はすぐに主治医に連絡をしてください。

### ●アナフィラキシー（発疹、じんましん、息苦しさなど）

### ●重い感染症（胃腸炎、肺炎、尿路感染など）

### ●結核

### ●間質性肺炎（咳、呼吸困難、発熱など）

# 副作用への対処

## ●アナフィラキシーが起こった場合<sup>1)</sup>

アナフィラキシーとは、食物や医薬品などによる過敏反応が複数の臓器に同時にあるいは急激に出現することです。医薬品によるものは、多くの場合、投与後30分以内にアレルギー症状があらわれます。発疹、じんましん、腹痛などのほか、息苦しさといった呼吸器症状や、意識障害などがあらわれた場合には、ためらわずに救急車を呼び、すみやかに医療機関を受診しましょう。

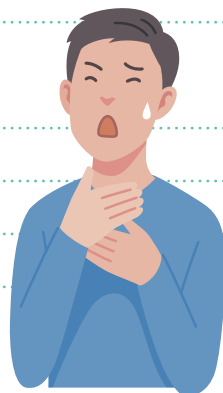
## ●発熱や咳、息苦しさがあらわれた場合

重い感染症にかかっていないかどうかを検査・診断するため、すぐに主治医に相談してください。治療すべき感染症の場合は、回復するまでこのお薬の投与を中止し、感染症の治療を行います。

## ●結核を疑う症状があらわれた場合

結核を発症したり、過去に感染した結核が再びあらわれたりすることがあります。持続する咳・体重減少・発熱などの症状があらわれた場合は、すぐに主治医に連絡しましょう。

副作用はいち早く見つけて対応することが重要です。定期的に検査を受け、少しでもおかしいなと感じたら、必ず主治医に相談しましょう。



参考 1) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル アナフィラキシー 平成20年3月(令和元年9月改定)  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1h.html> (2025年10月3日閲覧)

# 乾癬治療日誌の記入方法

日付・曜日を記入してください

日付	皮膚・関節の症状					体調の変化	
	ない	あまりない	ややある	非常にある			
2/2 (月)	赤み 0	1	②	3	<input type="checkbox"/> 発熱( )℃	<input type="checkbox"/> 寒気	
	盛り上がり 0	1	2	③	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	
	白いかさぶたの量 0	1	2	③	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹	
	関節の痛み・腫れ 0	1	②	3	<input type="checkbox"/> その他( )		
2/3 (火)	赤み 0	1	②	3	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱(38.0)℃	<input checked="" type="checkbox"/> 寒気	
	盛り上がり 0	1	2	③	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	
	白いかさぶたの量 0	1	②	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹	
	関節の痛み・腫れ 0	①	2	3	<input type="checkbox"/> その他( )		
2/4 (水)	赤み 0	1	②	3	<input type="checkbox"/> 発熱( )℃	<input type="checkbox"/> 寒気	
	盛り上がり 0	1	②	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	
	白いかさぶたの量 0	①	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹	
	関節の痛み・腫れ 0	②	2	3	<input type="checkbox"/> その他( )		
/	赤み 0	1	2	3	<b>体調の変化</b> あてはまる症状に すべてチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
/	盛り上がり 0	1	2	3			
/	白いかさぶたの量 0	1	2	3			
/	関節の痛み・腫れ 0	1	2	3			
/	赤み 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱( )℃	<input type="checkbox"/> 寒気	
/	盛り上がり 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	
/	白いかさぶたの量 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹	
/	関節の痛み・腫れ 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他( )		
/	赤み 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱( )℃	<input type="checkbox"/> 寒気	
/	盛り上がり 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	
/	白いかさぶたの量 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹	
/	関節の痛み・腫れ 0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他( )		

皮膚・関節の症状  
0～3の4段階のうち、  
あてはまるスコアに○印  
を付けてください。

体調の変化  
あてはまる症状に  
すべてチェック☒  
してください。

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

一週間をとおして、体調  
の変化で気づいたこと  
などを自由に記入して  
ください。



一週間をとおして  
「非常にある:3」と  
感じた部位に○印  
を付けてください。

▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状				体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
 したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

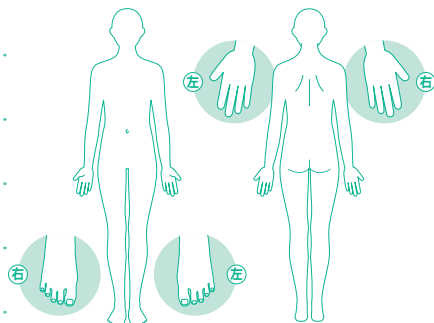
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある：3」と感じた皮膚・関節  
 症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

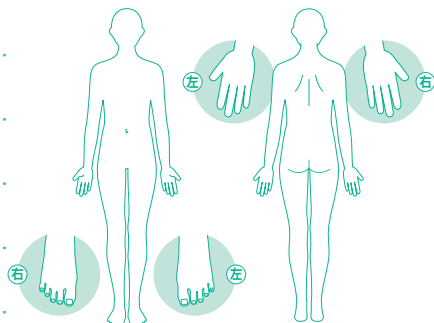
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。



日付		皮膚・関節の症状				体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )
		盛り上がり	0	1	2	3	
		白いかさぶたの量	0	1	2	3	
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
 したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

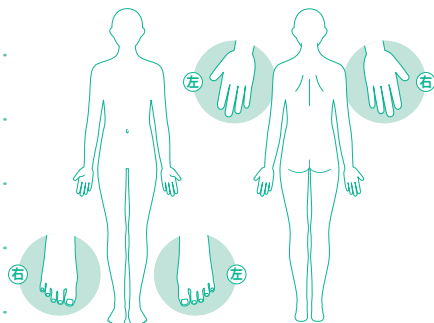
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
 症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

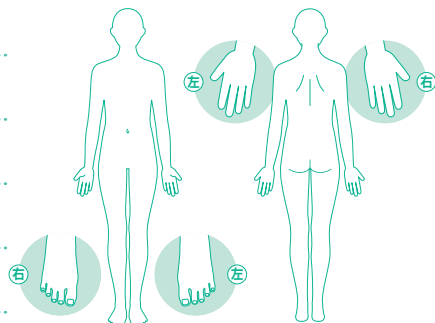
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
 したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

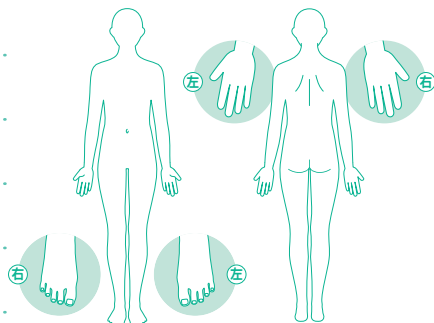
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
 症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

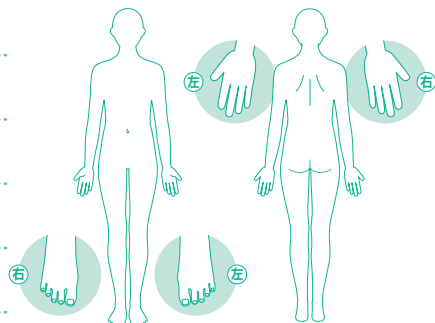
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
 したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

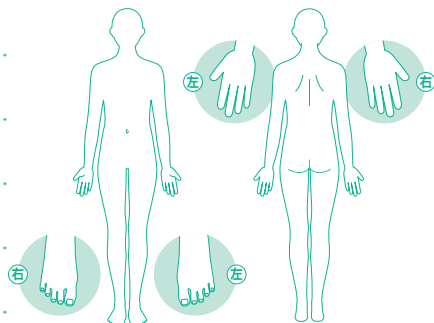
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
 症状の部位に○印を付けてください。

日付	皮膚・関節の症状					体調の変化	
	ない	あまりない	ややある	非常にある			
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

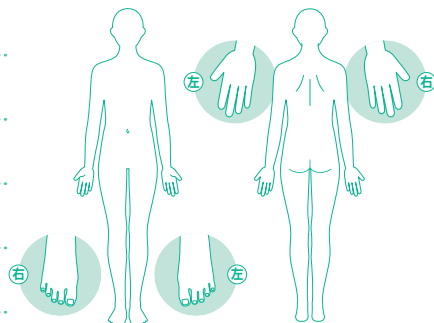
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		
/	( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(              )	
		盛り上がり	0	1	2	3		
		白いかさぶたの量	0	1	2	3		
		関節の痛み・腫れ	0	1	2	3		

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

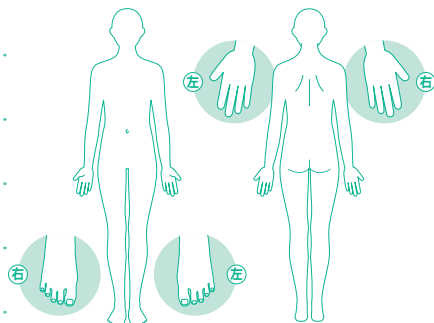
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある：3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。

日付	皮膚・関節の症状					体調の変化	
	ない	あまりない	ややある	非常にある			
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

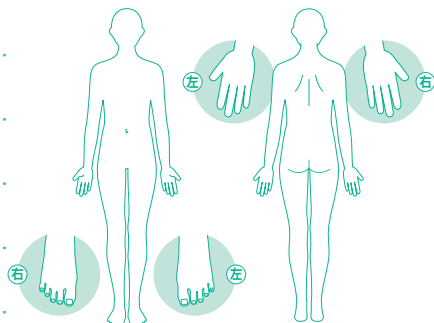
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。



日付		皮膚・関節の症状					体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある			
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							
/	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃) <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他(            )		
	盛り上がり	0	1	2	3			
	白いかさぶたの量	0	1	2	3			
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3			
	( )							

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
 したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

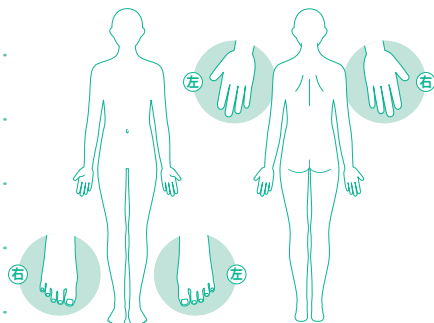
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
 症状の部位に○印を付けてください。

日付	皮膚・関節の症状					体調の変化	
	ない	あまりない	ややある	非常にある			
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      ℃)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談したいこと、気になることなどを記入してください。

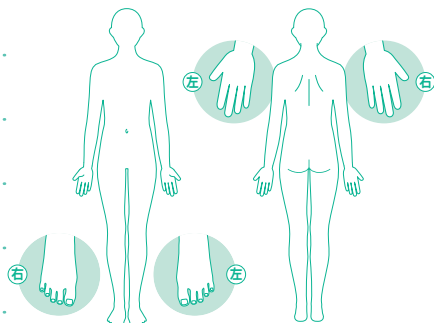
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節症状の部位に○印を付けてください。

日付		皮膚・関節の症状				体調の変化	
		ない	あまりない	ややある	非常にある		
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	
/ ( )	赤み	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 発熱(      °C)	<input type="checkbox"/> 寒気
	盛り上がり	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛
	白いかさぶたの量	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 発疹
	関節の痛み・腫れ	0	1	2	3	<input type="checkbox"/> その他(      )	

**MEMO** 体調の変化で気づいたこと、医師や薬剤師、看護師に相談  
したいこと、気になることなどを記入してください。

.....

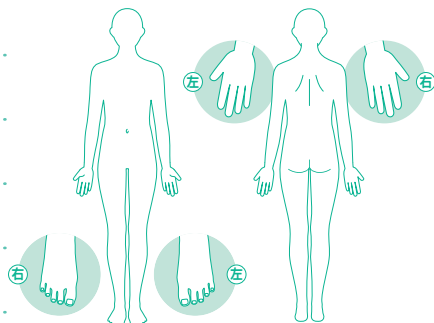
.....

.....

.....

.....

.....



▲一週間をとおして「非常にある:3」と感じた皮膚・関節  
症状の部位に○印を付けてください。

## 次回のウステキヌマブBS皮下注45mgシリンジ「ニプロ」の注射日は

年 月 日( )です

新しい日誌を受け取ったら、すぐに次回の注射予定日を書き込んでください。

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、必ず医師に連絡をしてください。



左の冊子の内容をまとめた動画を、  
こちらの二次元コードからご覧いただく  
ことができます。



医療機関名