

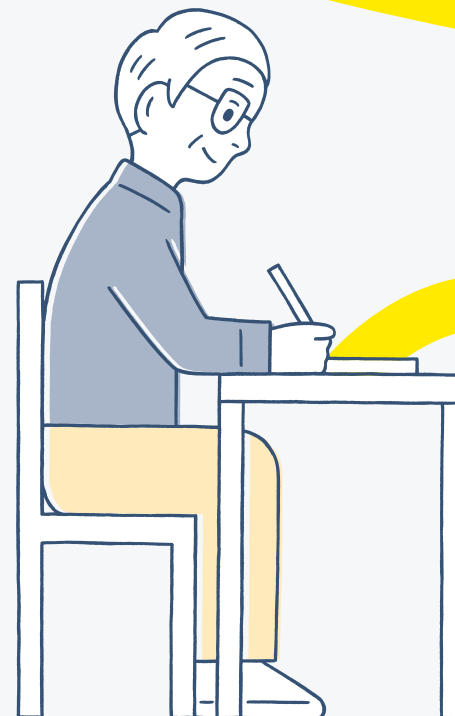
年 月～(No.)



心不全のお薬を服用される患者さんおよびご家族の方へ

心不全ダイアリー

監修：名古屋大学医学部附属病院 重症心不全治療センター 病院講師 奥村 貴裕 先生



気になることやご不明な点がございましたら、
医師や薬剤師にご相談ください。

医療機関連絡先

1 週間毎の記録版

心不全ダイアリーは、 あなたの心不全治療を支える記録帳です。

心不全を悪化させないためには、処方されたお薬をきちんと服薬することが大切です。また、体調の変化や、お薬による副作用をいち早く見つけ、対処することも必要になります。

毎日記録することで、体調の変化に気づきやすくなります。

このダイアリーを受け取ったら、まずは「**現状の記録**」にあなたの現在の状態を記録し、医療スタッフと相談して「**心不全治療の目標**」を立てましょう。実際にお薬を飲み始めたら、「**1週間毎の記録**」ページに、毎日の服薬の有無、血圧、気になる症状などを記録しましょう。

受診時に持参することで、 医療スタッフはあなたの状態を把握しやすくなります。

このダイアリーでは、あなたと医療スタッフ、または医療スタッフ同士の情報共有に役立つページもご用意しております。
「**医療スタッフ連携メモ**」は、医療スタッフが記入するページです。あなたの状態を医療スタッフ同士が情報共有することで、あなたの治療を包括的にサポートすることができます。
「**次回受診日に伝えたいこと**」では、あなたが次の受診時に伝えたいことや質問したいことなどをメモしておくことができます。

ぜひ、このダイアリーをあなたの心不全治療にお役立てください。

心不全ダイアリーは7ヵ月分記入できます。

7ヵ月を過ぎる前に、新しい手帳が必要な旨を医療機関にお申し出ください。
2冊目となる方は、医療スタッフとこれまでを振り返り、新たに心不全治療の目標を立てましょう。

目次

■ 現状の記録	4
■ 心不全治療の目標	5
■ なぜ毎日、体重を測るの？	6
■ なぜ家でも血圧を測るの？	7
■ 今受けている/これから受ける治療	8
■ 1週間毎の記録ページの記載方法	10
■ 1週間毎の記録	12
■ 医療スタッフ連携メモ	68
■ 次回受診日に伝えたいこと	72
■ MEMO	74
■ 医療機関連絡先	75



現状の記録

現在の状態を記録しておきましょう。

記録日	年 月 日()
現在の体重	kg
食事の状況	塩分 _____ g/日 エネルギー _____ kcal/日 好きな食べ物 よく食べる物 嗜好品
1日の水分量	mL
血圧、mmHg (脈拍数/分)	/ ()
今行っている運動	
現在の病状	



心不全治療の目標

心不全治療の目標を立てましょう。目標を立てる時は、左ページの現状の記録をふまえて医師をはじめとした医療スタッフにアドバイスをもらうとよいでしょう。

記録日	年 月 日()
目標体重	kg
食事目標	塩分 _____ g/日 エネルギー _____ kcal/日 タンパク質 _____ g/日 カリウム制限 有 ・ 無 リン制限 有 ・ 無
1日の水分目標	mL
血圧目標、mmHg (脈拍数/分)	/ ()
運動の目標	
服薬管理方法	
その他の注意点	

なぜ毎日、体重を測るの？

体重測定を毎日する意義

心不全が悪化すると、血のめぐりが悪くなって体に水分が溜まり、体重が増えることがあります。

そのため、心不全の方は、毎日体重を測定して記録し、体重の変化に気をつけることが大切です。

3日間で2kg以上の体重が増えた場合は、次の受診日を待たずに、すぐに医療機関を受診してください¹⁾。

体重測定の仕方

体重測定は、決まった時間に、同じ条件で測るようにしましょう。

朝起きてトイレに行った後に、肌着などいつもと同じような薄着の服装で測ることが望ましいでしょう²⁾。測定した結果は、このダイアリーの「1週間毎の記録」ページに記録しておき、受診時に医師に確認してもらいましょう。



- 1) 一般社団法人 日本循環器学会/ 日本心不全学会:急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版), p107, 2018.
https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf(2020年7月13日閲覧)
- 2) 一般社団法人 日本心不全学会:心不全手帳(第2版), p49, 2018.
http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/techo_book_new1_katamen.pdf(2020年7月13日閲覧)
- 3) 一般社団法人 日本心不全学会:心不全手帳(第2版), p18, 2018.
http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/techo_book_new1_katamen.pdf(2020年7月13日閲覧)
- 4) 特定非営利活動法人 日本高血圧学会、特定非営利活動法人 日本高血圧協会、認定特定非営利活動法人 ささえあい 医療人権センター-COML:一般向け「高血圧治療ガイドライン2019」解説冊子 高血圧の話, p8, 2019.
https://www.jpns.jp/data/jsh2019_gen.pdf(2020年7月13日閲覧)
- 5) 一般社団法人 日本心不全学会:心不全手帳(第2版), p48, 2018.
http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/techo_book_new1_katamen.pdf(2020年7月13日閲覧)
- 6) 特定非営利活動法人 日本高血圧学会、特定非営利活動法人 日本高血圧協会、認定特定非営利活動法人 ささえあい 医療人権センター-COML:一般向け「高血圧治療ガイドライン2019」解説冊子 高血圧の話, p10, 2019.
https://www.jpns.jp/data/jsh2019_gen.pdf(2020年7月13日閲覧)



なぜ家でも血圧を測るの？

血圧測定を毎日する意義

血圧の上昇は、心不全を悪化させる原因になります³⁾。

血圧は、いろいろな条件で変動しますので、病院と家庭で測定したときなど、測定値が変わることがあります。

そのため、家庭でも血圧を毎日測定することが大切です。

家庭での毎日の血圧測定の記録は、あなたの体の状態を正確に把握する大事な情報となるため、必ず医師へ見せるようにしましょう⁴⁾。

血圧測定の仕方^{5,6)}

血圧は、朝と夜の1日2回の決まった時間帯に、測定条件を守り、座って測定します。食事、入浴、運動直後の測定は避け、話をしたり動いたりしながらの測定もやめましょう。測定した結果は、このダイアリーの「1週間毎の記録」ページに記録しましょう。

● 血圧を測る時の測定条件



起床後1時間以内(朝の服薬や食事の前、トイレの後が望ましい)に、座った姿勢で1~2分間安静にしてから測定



就床前(入浴の後)に、座った姿勢で1~2分間安静にしてから測定

椅子に腰掛け、腕の位置を心臓と同じ高さにする

腕に力を入れない

手のひらを上に向ける



今受けている/これから受ける治療

今受けている治療や服用しているお薬などを記入しておきましょう。
治療内容やお薬の量が変わる場合も、記入しておくといでしょう。

月日	治療法
7/25	○○○○錠 1日1回2錠(計2錠) △△△△錠 1日2回1錠(計2錠) □□□□錠 1日2回1錠(計2錠) → 初めて飲む薬 <div style="float: right; background-color: #003366; color: white; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-top: 10px;">記載例</div>
/	
/	
/	
/	
/	

月日	治療法
/	
/	
/	
/	
/	
/	

1週間毎の記録ページの記載方法

1週間毎の記録ページ(p12~67)は、見開きで1週間分の記録ができます。毎日欠かさず記録しましょう。

1週間毎の記録①

年	日	月	火	水	木	金	土
月/日	8 / 1	8 / 2	8 / 3	8 / 4	/	/	/
体重 (kg)	62.8	62.8	62.9	63.2			
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	122 / 88 (69)	112 / 87 (72)	122 / 97 (74)	128 / 90 (73)	/	/
	寝る前 (脈拍 回/分)	127 / 98 ()	127 / 97 (72)	111 / 97 (69)	115 / 99 (74)	/	/
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)	○	○	×	×			
服薬チェック	朝	✓	✓	✓	✓	□	□
	昼	□	□	□	□	□	□
	夕	✓	✓	✓	✓	□	□
メモ	8/1 肩が凝る。次のデイケアで相談する。 8/4 トイレに3回行ったが、あまり尿が出なかった。デイケアの先生の勧めで、受診日を1週間早めて予約を取り直した。						

体重、血圧はp6、7で測定条件を確認して、毎日同じ時間帯に測りましょう。

自覚症状の有無を記入しましょう。

服薬を確認し、✓を記入しましょう。

その他の自覚症状がある場合は、メモに記録しましょう。



1週間毎の記録①

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録③

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録④

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑤

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑥

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑦

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑧

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑨

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑩

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑪

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑫

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑬

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑭

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑮

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑬

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑰

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑱

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑱

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②⑤

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②⑥

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録②


年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

1週間毎の記録⑳

年		日	月	火	水	木	金	土
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)								
血圧 (mmHg)	朝 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
	寝る前 (脈拍 回/分)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
自覚症状	息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	不眠	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動 (○か×で記入)								
服薬チェック	朝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
メモ								

医療スタッフ連携メモ①

あなたの状態について、医療スタッフ間での情報共有に使用するページです。

月日	記入者	コメント	確認者 確認日
8/2	にこにこデイケア 理学療法士 鈴木	いつもお世話になっております。 先週、患者さんご本人より肩が凝るとの訴えがあり、 マッサージと温熱療法を開始しましたが、 顔や下肢にむくみが認められました。 今後、方術を継続する上での留意点、ご指示等ありましたら、 先生の御意見を頂戴できればと思います。	 8/4
/			/
/			/
/			/
/			/

月日	記入者	コメント	確認者 確認日
/			/
/			/
/			/
/			/
/			/

医療スタッフ連携メモ②

あなたの状態について、医療スタッフ間での情報共有に使用するページです。

月日	記入者	コメント	確認者 確認日
/			/
/			/
/			/
/			/
/			/

月日	記入者	コメント	確認者 確認日
/			/
/			/
/			/
/			/
/			/

次回受診日に伝えたいこと

医療スタッフに伝えたいこと、質問したいことをメモしておき、受診時に確認しましょう。

次回受診 予定日時	医療スタッフへ伝えたいこと	確認者 確認日
8/4 先生に聞く	最近、太ってきたので痩せたい。 どんな運動をすればいいのか、食べすぎなのか このことを誰に聞けばいいのか、先生に聞く。 	 8/4
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/

次回受診 予定日時	医療スタッフへ伝えたいこと	確認者 確認日
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/
/		/

Blank memo area with horizontal dashed lines for writing.



医療機関連絡先

医療機関	医療機関名	
	連絡先	
	担当医名	
医療機関	医療機関名	
	連絡先	
	担当医名	
薬局	薬局名	
	連絡先	
薬局	薬局名	
	連絡先	
その他 連絡先		