

My Diary

エンズプリング®で治療を行っている患者さんへ

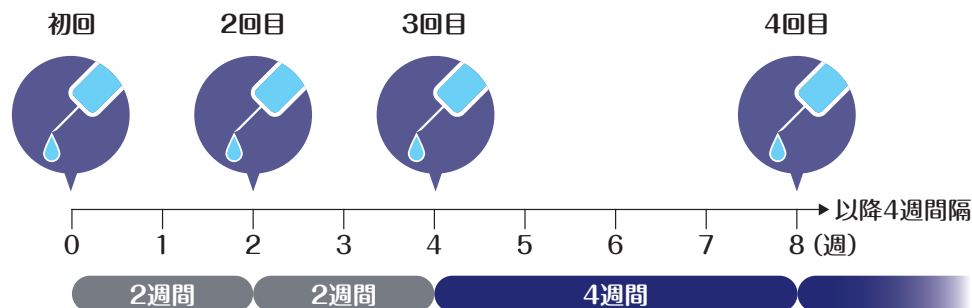
【監修】 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 総合医学教育センター
新潟大学医歯学総合病院・脳研究所 脳神経内科
准教授 河内 泉 先生

エンズプリングについて

エンズプリングは、インターロイキン6(IL-6)の働きを抑えるお薬です。IL-6は免疫反応の中で多彩な働きをしているため、視神経脊髄炎スペクトラム障害(NMOSD)の症状増悪に関わる様々な刺激を抑えて再発を防いでいると考えられます。

治療方法:注射の方法

治療開始時は、初回、2週後、4週後と投与し、その後4週間隔で皮下注射します。



治療期間中に注意していただきたいこと

エンズプリングで治療中に感染症にかかっても炎症や感染の指標となるCRP*の上昇や発熱など症状の変化がわかりにくくなることもあり、感染症の発見が遅れる可能性があります。

エンズプリングでの治療中は、感染症などを示す体調の変化がないか、日々の体調観察を行い、変化があるときは、すぐに主治医にご相談してください。

*CRP : C反応性タンパク(C-reactive protein)。炎症の指標。

エンプリングの副作用

治療後に注意すべき症状

特に、以下でご紹介する症状を感じたら、次の受診日を待たず、すぐに主治医、看護師、薬剤師にお申し出ください。

• 感染症

呼吸器感染症(上気道感染など)：発熱、息苦しさ、のどの痛み、せき、たん、鼻水など

尿路感染症(膀胱炎など)：排尿時の痛み、残尿感、尿の混濁、排尿回数の増加など

• 血球減少

白血球減少症：体がだるい(好中球減少症)、感染しやすい(リンパ球減少症)、発熱、のどの痛み(無顆粒球症)など

血小板減少症：出血しやすくなる、あざや皮下出血、鼻血、歯ぐきの出血、月経過多など

使用時に起こる副作用(アレルギー反応)

息苦しさ、めまい、心臓がドキドキする、かゆみ、発疹、寒気、吐き気、嘔吐など

皮下注射時に起こる副作用(注射に伴う反応)

注射部位の発疹や腫れ、かゆみ、出血など

その他の注意すべき副作用

肝機能障害：体がだるい、発熱、吐き気・嘔吐、食欲不振、白目や皮膚が黄色くなる、尿が褐色になるなど

NMOSDの主な症状

脊髄炎

- 手足や体の一部がしびれる
- 感覚がなくなる
- 力が入らない
- 強い痛みを感じる
- 尿や便が出にくい
など

その他の症状

- 痛みや疲労感などの全身症状

症状の変動：痛みやしびれなどの症状は気候や体調、精神的なストレスなどで変動することがあります

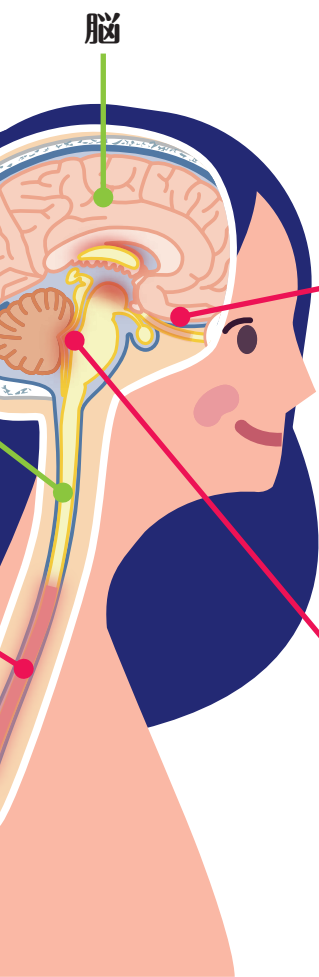
脊髄



気をつけたい
「再発」が心配
される症状

以下のような症状を感じたら、
速やかに受診しましょう

- 新しい症状が出てきた場合
(例：視力が低下する、目の前がかすんで見える、
しゃっくりが出る、目の奥が痛いなど)



視神経炎

- 目が見えにくい
- 視野が欠ける
- 目の奥が痛い
- 色の区別がわかりにくい
など

脳の症状

- しゃっくりが止まらない
- 吐き気や嘔吐がある
- 多量の尿が出て、のどがとても渴く
- 昼間、強い眠気で起きていられない
など

- 以前からある症状が、いつもより強い、または、いつもと別の部位に現れた場合
(例:痛み、しびれなど)

My Diaryについて

NMOSDの症状と少しでもうまくつきあっていくために、このMy Diaryを有効にご活用ください。



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

- | | | |
|---------------|----------|---------------|
| ① 視力低下 | ⑤ しびれている | ⑨ しゃっくりが続く |
| ② 目の前がかすんで見える | ⑥ 力が入らない | ⑩ 吐き気や嘔吐がある |
| ③ 目の奥が痛い | ⑦ 尿が出にくい | ⑪ 疲れやすい・体がだるい |
| ④ 感覚がない | ⑧ 痛みがある | |

主な症状一覧

主な症状をまとめました。症状記録にご利用ください。

注射をした日の記録

・注射した日 2022年 4月 6日

・体温 36.8度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

体温と体調の記録

感染症予防と体調不良の早期発見に役立ちます。

注射当日の体調はいかがですか？
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

①と⑤の症状があった。

当日の体調記録

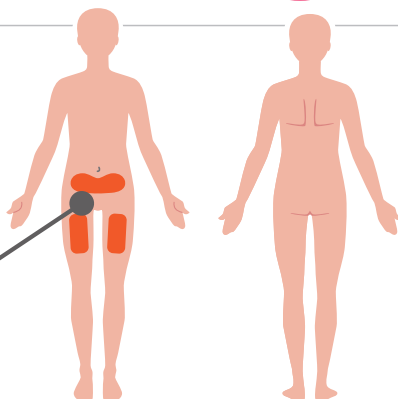
ページ上部の症状番号を用いて記録してください。

上記の番号以外にも症状があれば直接記入してください

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？
その部位に印をつけてください



注射部位の記録

注射した部位を記録してください。発疹や痛みなどの症状記録としてもお使いください。

My Diaryをつける目的

- 日々の体調管理、自己管理のために
- 副作用、特に感染症の早期発見のために
- 再発の兆しを見逃さないために
- 治療忘れ防止のために

体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

3月20日の午前中に③と⑤の症状があった。
ときどき前回注射したところかうずく

前回受診から次回受診までの体調記録

約1ヵ月間の気になる症状などを左ページ上部の症状番号を利用して記録してください。
また、医師に見せて、受診時の診察にお役立てください。

注射をした月の記録 2022年 4月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|----|----|----|----|----|------|----|
| | | | | | | 1 | 2 |
| 体温(度) | | | | | | 36.5 | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | 98 | |
| 脈拍 | | | | | | 80 | |
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | 16 |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |

バイタルサインの記録

体調が気になるときに記録してください。
※SpO₂とは、経皮的動脈血酸素飽和度を示します。



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
 吐き気や下痢、腹痛などの症状
 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

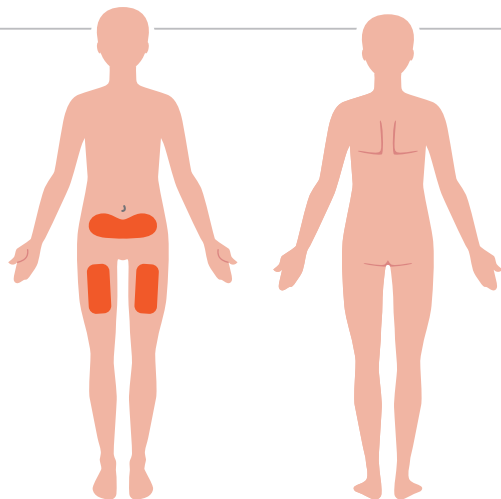
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

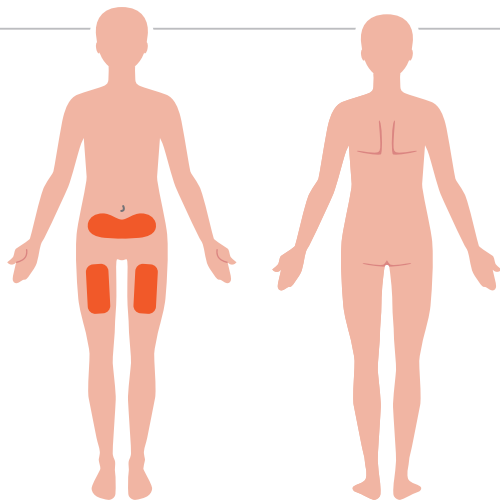
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
 吐き気や下痢、腹痛などの症状
 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

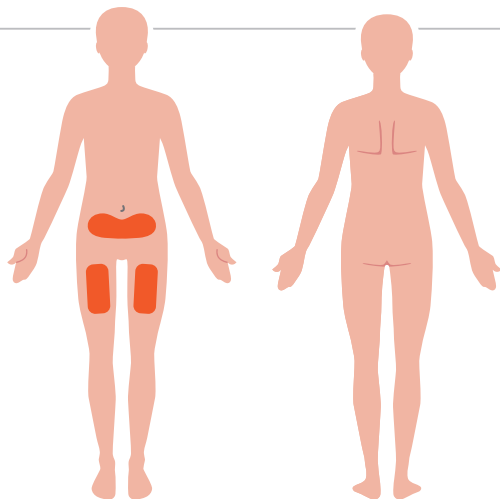
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ シャッキリが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

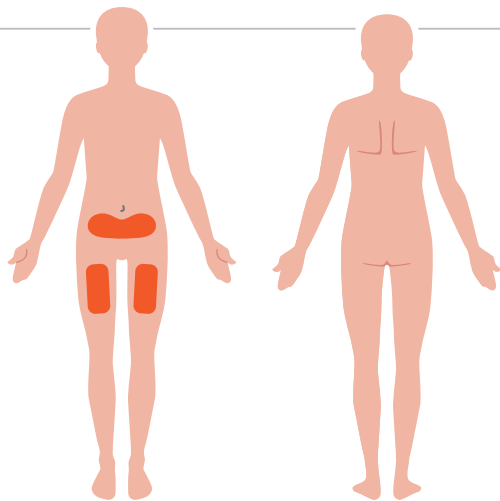
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
 吐き気や下痢、腹痛などの症状
 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

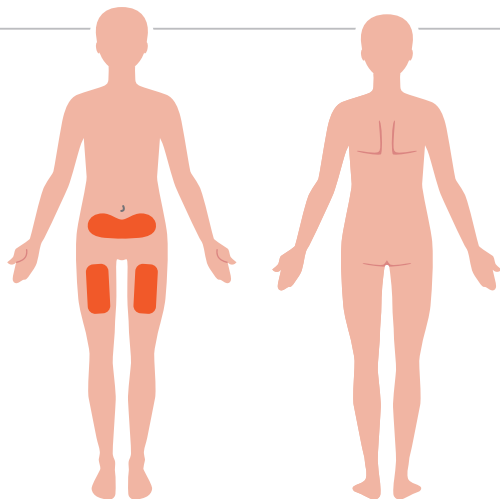
注射当日の体調はいかがですか？

(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？
 その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録 年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ シャッキリが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

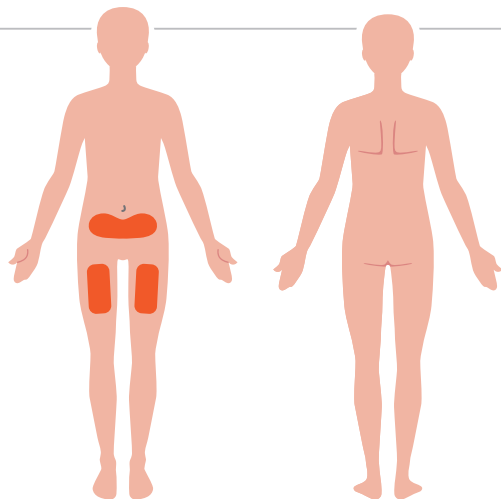
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

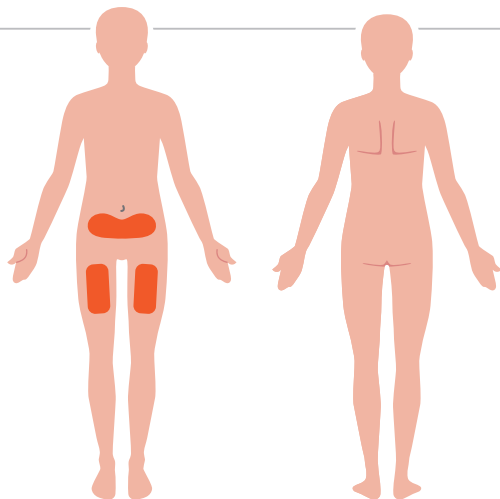
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
 吐き気や下痢、腹痛などの症状
 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

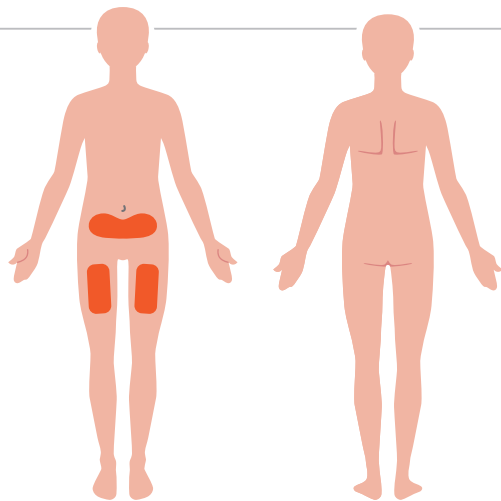
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

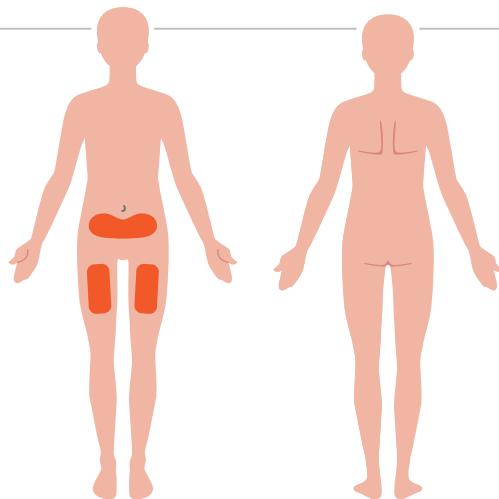
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録 年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

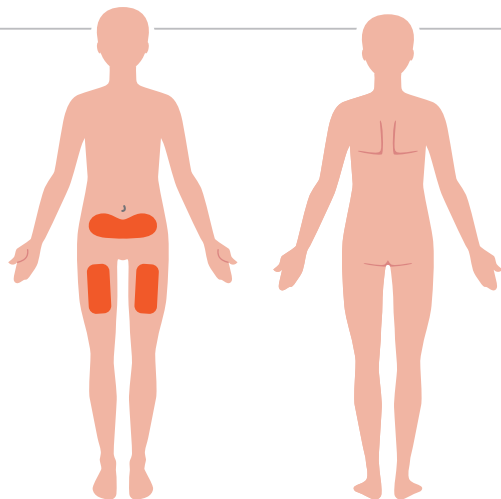
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録 年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ シャッキリが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

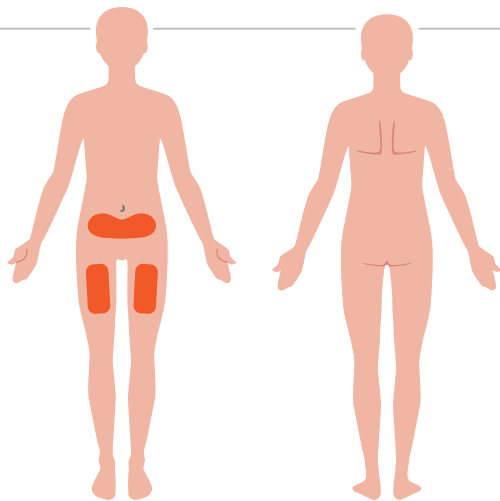
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録

年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |



下記の症状があるときはその番号を文章中に記録してください

① 視力低下

⑤ しびれている

⑨ しゃっくりが続く

② 目の前がかすんで見える

⑥ 力が入らない

⑩ 吐き気や嘔吐がある

③ 目の奥が痛い

⑦ 尿が出にくい

⑪ 疲れやすい・体がだるい

④ 感覚がない

⑧ 痛みがある

注射をした日の記録

・注射した日 年 月 日

・体 温 度

- 咳・鼻水など風邪のような症状
- 吐き気や下痢、腹痛などの症状
- 排尿時トラブル(痛み、残尿感、回数増加など)

注射当日の体調はいかがですか？

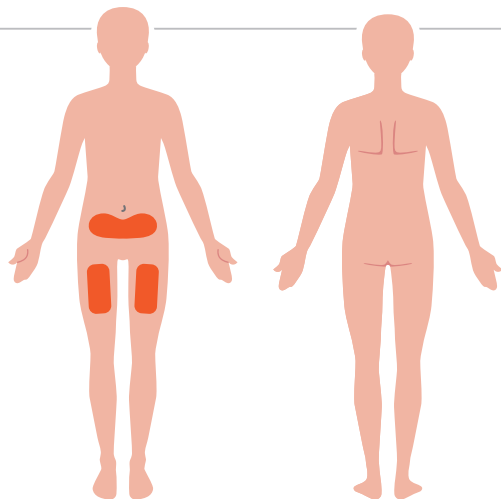
(上記以外の症状があれば直接記入してください)

今回はどこに注射しましたか？

×印をつけてください

痛みや感覚障害がありましたか？

その部位に印をつけてください



体調が気になるときの記録 気になった症状を記入してください

注射をした月の記録


年 月

| 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |
| 体温(度) | | | | | | | |
| SpO ₂ (%) | | | | | | | |
| 脈拍 | | | | | | | |

病院・医院名



中外製薬

 ロシュグループ