

インフリキシマブBS
点滴静注用100mg「日医工」

治療日誌

(関節リウマチ)

[監修] 松原メイフラワー病院
院長 松原 司 先生



20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

はじめに

この治療日誌は、インフリキシマブBS点滴静注用100mg「日医工」(以下、インフリキシマブBS)による関節リウマチの治療を始められた患者さんが、毎日の健康状態を記録するものです。

毎日の体調管理と副作用の早期発見のため、気になる症状のほか、気がついたことがあれば記入して、診察時に持参してください。

わからないことや、心配なことがあれば、どんなことでも遠慮なく主治医や看護師にお尋ねください。



記入日：20 年 月 日

氏 名		
生年月日(年齢)		西暦 年 月 日 () 歳
連絡先	自 宅	住所 〒
		電話 ()
	勤務先	住所 〒
		電話 ()
	緊 急	住所 〒
		電話 ()

診療記録

インフリキシマブBSの投与を初めて受けた日から記録を始めてください。
診察日には、この診療記録を主治医にみてもらいましょう。

記入例

診療記録表

診察日	インフリキシマブBS投与	副作用のチェック※	胸部レントゲン検査	その他の検査	次回診察予定日
5月7日	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(手のMRI) <input type="checkbox"/> なし	5月21日
5月21日	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし	6月4日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	月 日

※副作用のチェック：インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれたら、「副作用記録」用紙に記入してください。
次の診察日までには副作用の「あり/なし」を記載してください。

診療記録表

診察日	インフリキシマブBS投与	副作用のチェック※	胸部レントゲン検査	その他の検査	次回診察予定日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日
月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	月 日

※副作用のチェック：インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれたら、「副作用記録」用紙に記入してください。
次の診察日まで副作用の「あり/なし」を記載してください。

副作用記録

インフリキシマブBSの副作用と思われる症状があらわれた場合、あらわれた日、その症状の程度や回数を記入してください。診察の際に役立ちます。
診察日には、この副作用の記録を治療日誌とともに主治医にみてもらいましょう。

よく見られる副作用について

インフリキシマブBSを投与中や投与後に、「いつもと何か違う」と感じるものがあれば、主治医に相談してください。

特に以下のような症状があらわれたら、次の受診を待たずにただちに主治医に相談してください。



風邪のような症状が続く
(発熱、咳がでる、のどが痛い、
頭が痛い、寒気がする など)



息苦しい、胸の痛み、
冷や汗、動悸、息切れ、
から咳



体がだるい、
疲れやすい、
吐き気、嘔吐、
白目や皮膚が
黄色くなる



皮膚に発疹、
かゆみがある、
顔や手足の
むくみ



めまい、
目が見えにくい、
顔や手足の
異常な感覚、
考えがまとまらない



あおざが
できる、
出血しやすい



筋肉や関節の痛み、
手足のしびれ、
手足のこわばり、
コーラ色の尿

記入例

副作用記録表

症状のあらわれた日	どのような症状(状態)でしたか?
5月12日	頭痛がした
月 日	
月 日	

副作用記録表

症状のあらわれた日	どのような症状(状態)でしたか？
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

はじめに

診療記録

副作用記録

リウマチ日誌

臨床検査値の記録

リウマチ日誌

インフリキシマブBSの投与を受けた日から記録を始めてください。

①あなたのお薬、②日常生活動作、③現在の症状、④服用状況について記入してください。

記入例

リウマチ日誌 (記入日: 20 *17* 年 *5* 月 *20* 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	5月7日	(1週間)に3錠を3回分けて飲む。 (12時間毎)午後5日間は休薬	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

記入例

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	①	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	②	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	①	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	①	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	①	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	③
蛇口の開閉ができますか？	0	①	2	3
車の乗り降りができますか？	0	①	2	3
小計	-	1× 3 3点	2× 1 2点	3× 1 3点
合計				8点

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(0 時間 30 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 激しい痛み	
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない すぐ疲れる	
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 非常に悪い	

リウマチ日誌（記入日：20 年 月 日）

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか？
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか？
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

リウマチ日誌 (記入日: 20 年 月 日)

あなたのお薬

お薬の名前*	処方日	飲み方	服用状況** きちんと飲みましたか?
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

* お薬の名前が分からない場合は、主治医または看護師さんにお聞きください。

** 服用状況は次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作 次回の診察日の前日に記入してください。

日常生活動作	できる 0点	少し困難 1点	かなり困難 2点	できない 3点
靴ひもを結び、ボタン掛けも含め自分で身支度ができますか？	0	1	2	3
就寝、起床の動作ができますか？	0	1	2	3
いっばいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	0	1	2	3
戸外で平坦な地面を歩けますか？	0	1	2	3
身体全体を洗い、タオルで拭くことができますか？	0	1	2	3
腰を曲げて床にある衣類を拾い上げられますか？	0	1	2	3
蛇口の開閉ができますか？	0	1	2	3
車の乗り降りができますか？	0	1	2	3
小計	-	1× 点	2× 点	3× 点
合計	点			

現在の症状 次回の診察日の前日に記入してください。

朝のこわばり時間はどのくらいですか？	(時間 分)
最近の痛みの程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
痛みなし 	激しい痛み
最近の疲労の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
疲れない 	すぐ疲れる
最近の全体的な体調の程度はどれくらいですか？ (線上に印(たて線)をつけてください)	
非常によい 	非常に悪い

臨床検査値の記録

臨床検査は、リウマチの診断や疾患活動性の評価、検査を行ったときは、主治医にその結果をきいて、

検査項目	標準値 (参考値)	検査			
		/	/	/	/
血沈 (1時間値)	男10mm/h以下				
	女20mm/h以下				
CRP (C反応タンパク)	0.7mm/dL以下				
	または陰性				
RF (リウマトイド因子)	20 IU/mL以下				
抗CCP抗体	4.5 U/mL未満				
白血球 (WBC)	4000~8000/mm ³				
赤血球 (RBC)	男450~550万/mm ³				
	女350~500万/mm ³				
ヘモグロビン (Hb)	男14~17g/dL				
	女11~15g/dL				
尿タンパク	陰性				
尿潜血	陰性				
BUN	8~20mg/dL				
クレアチニン	0.6~1.0mg/dL				
AST (GOT)	8~40単位				
ALT (GPT)	5~35単位				
抗核抗体 (ANA)	陰性 (40倍未満)				
抗dsDNA抗体 (IgG抗体)	10 IU/mL以下				

治療効果の判定などに必要です。
記録をとりましょう。なお、これらの項目をすべて検査するわけではありません。

日				解 説
/	/	/	/	
				リウマチの炎症の程度や治療効果を反映しています。
				免疫異常で出現したリウマトイド因子を測定します。リウマチでは高率で陽性となります。
				リウマチでは高率で陽性となります。
				値が高い場合は感染症、炎症活動性が強いことをあらわします。値が低い場合は薬の副作用、他の疾患の可能性があります。
				貧血の程度を調べるために検査します。リウマチでは、軽い貧血が起こりやすくなっています。
				腎臓の機能を調べるために検査します。
				肝臓の機能を調べるために検査します。
				自己免疫疾患を調べるために検査します。

受診の際は、この日誌を主治医にお渡しください。

病院名

診療科

主治医

連絡先

(夜間・休日連絡先)

病院名

診療科

主治医

連絡先

(夜間・休日連絡先)