

# エタネルセプトBS皮下注「日医工」

## 治療日誌

受診の際は、  
この日誌を主治医にお渡しください。

医療機関名

---

電話番号

---

主治医

---

注射開始日

年

月

日

## エタネルセプトBS皮下注「日医工」投与スケジュール

主治医から指示された量  を

曜日と  曜日に注射します。

### はじめに

この治療日誌は、エタネルセプトBS皮下注「日医工」による治療状況を記録する日誌です。

副作用を予防し、安全にエタネルセプトBS皮下注「日医工」による治療を続けていただくために、注射した日や注射した部位、体調の変化などを記録してください。

診察時にはこの日誌を持参し、主治医に見せてください。また、他の診療科や医療機関を受診する際には必ずこの日誌を提示して、エタネルセプトBS皮下注「日医工」投与中であることを伝えてください。

尚、エタネルセプトBS皮下注「日医工」での治療をしている期間中に、体調の異常を感じた場合には、次の診察日を待たずに、すぐに主治医に相談してください。



副作用は早期に発見し適切な治療を行えば、重症化することを防ぐことができます。そのために、以下のことに注意してください。

- ・エタネルセプトBS皮下注「日医工」で起こる可能性のある副作用や症状について知っておいてください。
- ・定期的に診察・検査を受けてください。
- ・次のような症状が出た場合や体調の異常を感じた場合は、次の診察日を待たずに主治医に相談してください。

● 発熱



● 咳



● のどの痛み



● 息苦しい



● 身体がだるい



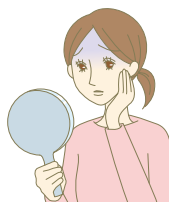
● 全身に発赤が出る



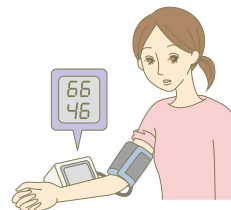
● 身体がむくむ



● 顔色が青白くなる



● 血圧が下がる



# エタネルセプトBS皮下注「日医工」治療日誌の使い方

1 主治医から指示された注射の予定を記入(P.1)します。



2 「自己注射手順ガイドブック」にて注射の手順を確認し正しく注射します。



3 注射した日、注射した体の場所などを記入します。



4 体調の変化や気になる症状があれば記入します。



5 エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外のお薬が処方された場合はそのお薬について記入します。



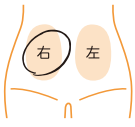
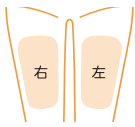
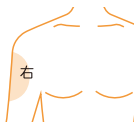
6 検査の結果を聞いたときには、検査結果の記録に記入します。

## 注射する部位について

- 赤くなっていたり、傷があったり、硬くなっているなど皮膚に異常がある部位への注射はしないでください。
- 前回注射した部位とは違う部位に注射してください。同じ部位に注射する場合には、前回の部位より少なくとも3cm以上離してください。

## 治療日誌の記入例

- ◆ 注射した日、注射した体の場所などを記入してください。

注射した日	1月16日(水曜日)		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部(おなか)	 大腿部(太もも)	 上腕部(うで)
注射部位の異常	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input checked="" type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他( )		

- ◆ 気になる症状などがあれば記入してください。

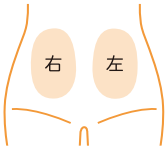
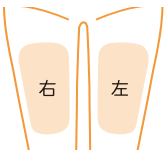
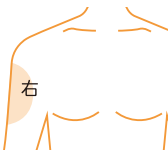
日付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
1月17日(木曜日)	朝は少し食欲がなかったが、夕方には治った。
月 日(曜日)	
月 日(曜日)	

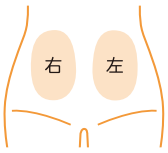

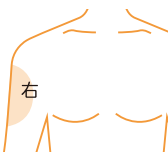
- ◆ エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外に処方されたお薬があれば記入してください。

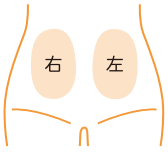
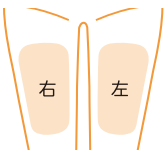
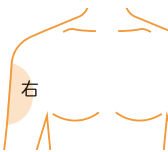
日付	処方されたお薬の名前や飲み方など
3月6日(水曜日)	〇〇錠 1日2回 1回/錠(7日分)
月 日(曜日)	
月 日(曜日)	

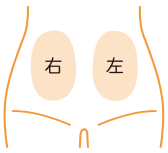

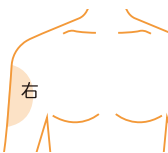
- ◆ 医療機関で検査結果を聞いたときは、巻末の検査結果の記録欄に項目と数値を記入してください。

日付	項目					
	CRP	ESR	DAS28			
1月5日(火曜日)	0.5 mg/dL	21.8 mm/hr	4.1			
月 日(曜日)						

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

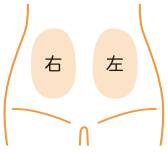
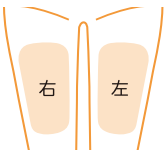
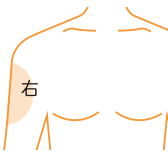
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

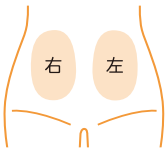

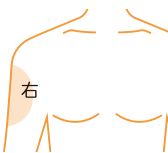
治療中に気になる症状があれば記入してください。

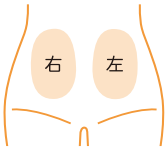
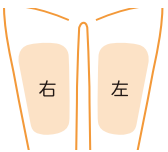
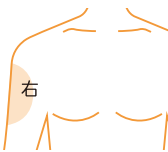
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

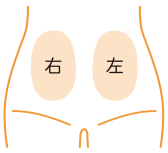

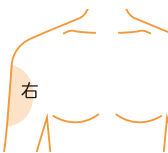
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

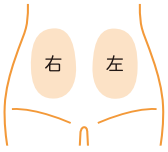
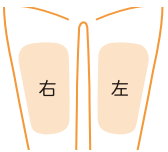
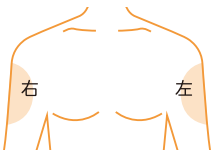
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

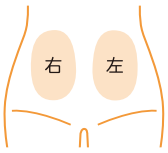

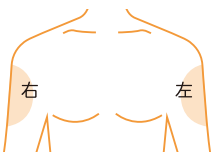
治療中に気になる症状があれば記入してください。

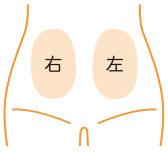
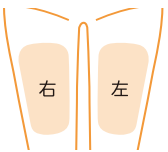
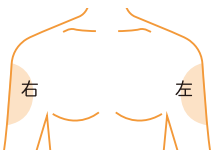
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

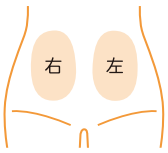

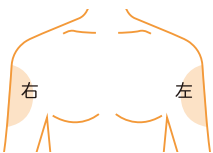
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)			
腹部 (おなか)	大腿部 (太もも)	上腕部 (うで)	
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)			
腹部 (おなか)	大腿部 (太もも)	上腕部 (うで)	
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)			
腹部 (おなか)	大腿部 (太もも)	上腕部 (うで)	
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

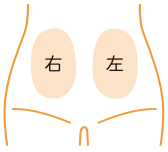
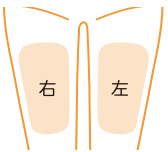
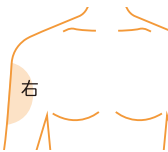
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)			
腹部 (おなか)	大腿部 (太もも)	上腕部 (うで)	
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

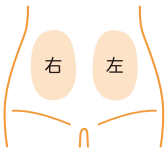

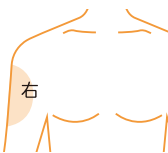
治療中に気になる症状があれば記入してください。

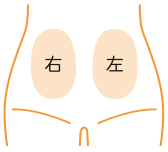
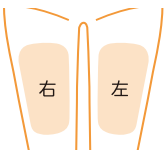
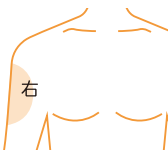
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

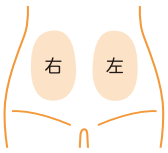

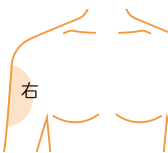
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

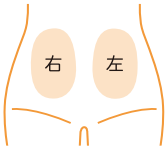
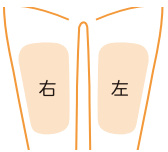
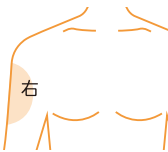
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

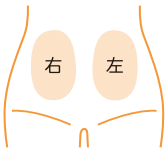

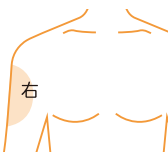
治療中に気になる症状があれば記入してください。

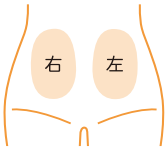
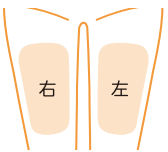
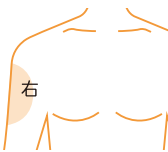
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

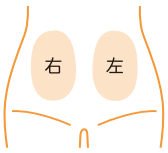

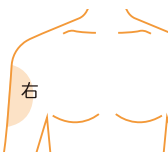
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

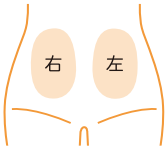
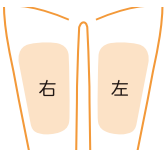
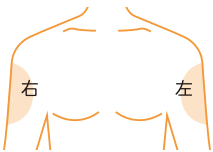
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

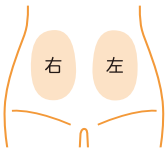

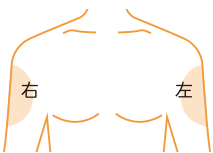
治療中に気になる症状があれば記入してください。

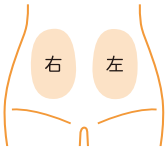
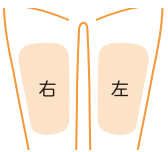
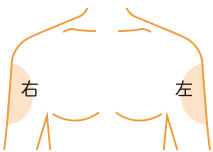
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

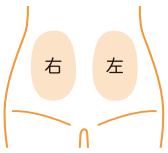

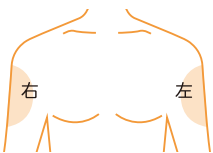
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

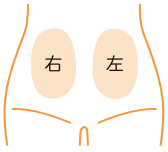
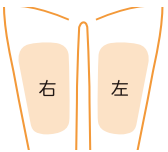
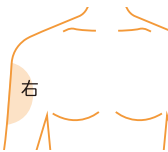
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

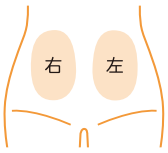

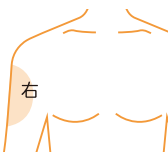
治療中に気になる症状があれば記入してください。

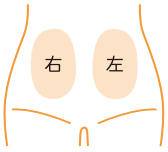
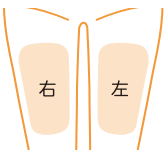
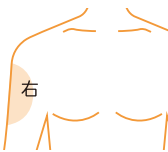
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

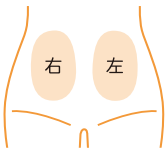

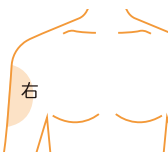
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

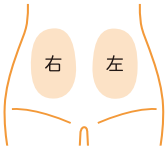
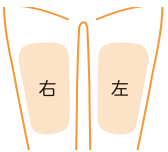
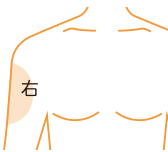
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

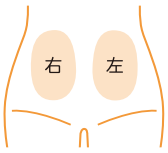

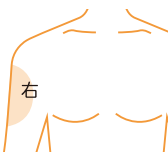
治療中に気になる症状があれば記入してください。

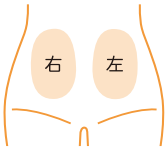
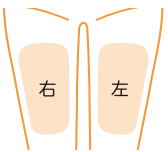
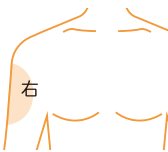
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

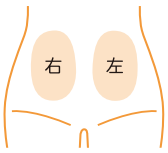

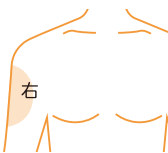
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

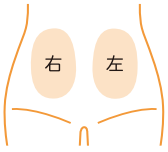
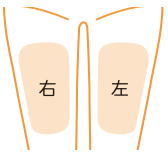
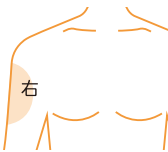
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

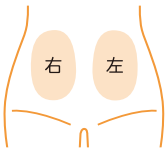

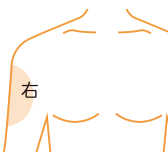
治療中に気になる症状があれば記入してください。

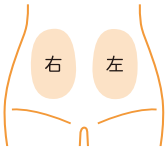
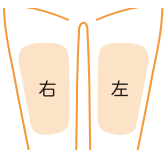
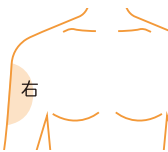
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

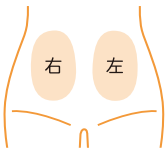

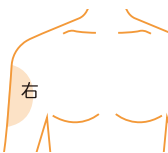
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

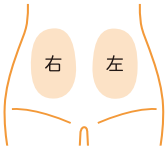
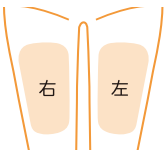
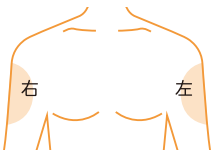
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

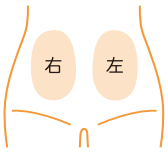

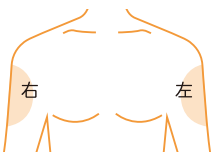
治療中に気になる症状があれば記入してください。

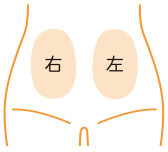
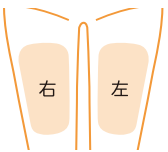
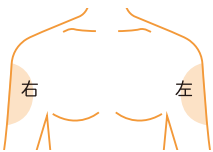
日付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

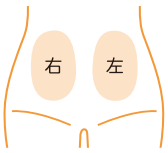

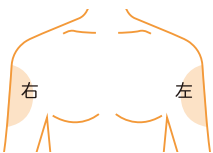
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

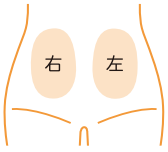
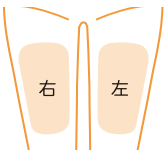
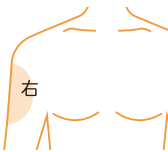
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

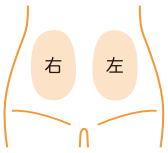

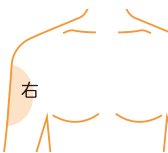
治療中に気になる症状があれば記入してください。

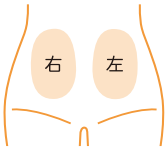
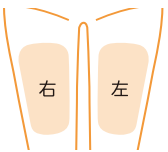
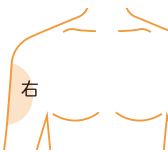
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

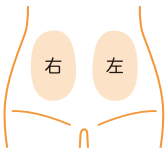

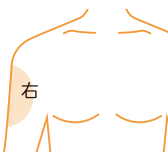
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

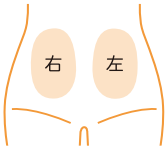
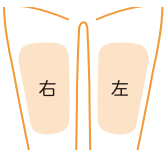
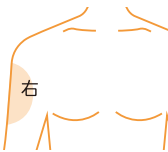
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

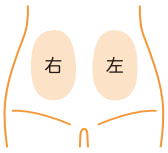

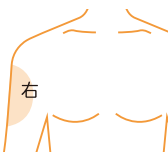
治療中に気になる症状があれば記入してください。

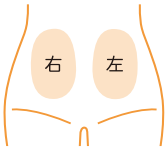
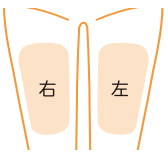
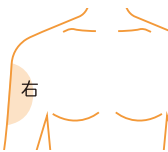
日 付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

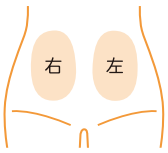

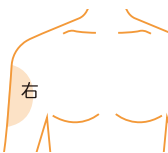
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日 付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	
月 日 ( 曜日 )	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

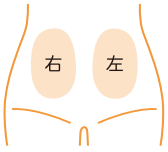
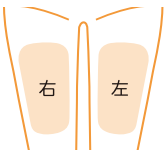
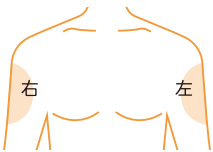
注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

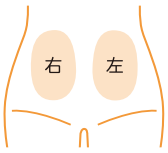

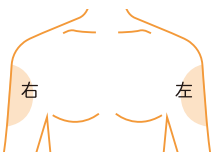
治療中に気になる症状があれば記入してください。

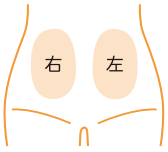
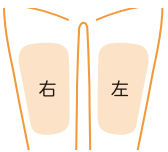
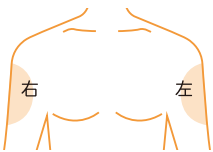
日付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

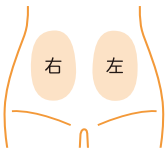

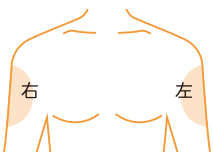
エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

注射した日	月 日 ( 曜日 )		
注射した場所 (○印をつけて ください)	 腹部 (おなか)	 大腿部 (太もも)	 上腕部 (うで)
注射部位の異常	なし・あり → <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ( )		

治療中に気になる症状があれば記入してください。

日付	体調の変化や気になる症状があれば記入してください。
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

エタネルセプトBS皮下注「日医工」以外にお薬を処方された場合に記入してください。

日付	処方されたお薬の名前や飲み方など
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	
月 日 (曜日)	

残りが少なくなりましたら医療機関にご連絡ください。新しい治療日誌をご用意いたします。

# 検査結果の記録

日付	項目						
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							

日付	項目						
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							

# 検査結果の記録

日付	項目						
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							
月 日 ( 曜日)							

日付	項目						
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							
月 日 ( 曜日 )							

お名前

---

ご連絡先

エタネルセプトBS皮下注「日医工」の自己注射に関するお問合せは

 (0120)215-241

