

治療ダイアリー

日付 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服用カプセル数								
体温(℃)								
血圧 (最高/最低)		/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)								
体重(kg)								
食事量		◎:通常 ○:やや少ない △:少ない ×:食べられない (食べられない状態が続く場合は、医師、薬剤師、看護師などの医療スタッフに連絡)						
下痢								
その他の自覚症状	体のだるさ							
	息切れ・ 息苦しさ・動悸							
	から咳							
	立ちくらみ・ めまい							
	ムカムカ感・ 吐き気							
	おう吐							
メモ欄								

日付 (曜日)		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服用カプセル数								
体温(℃)								
血圧 (最高/最低)		/	/	/	/	/	/	/
脈拍 (回/分)								
体重(kg)								
食事量		◎:通常 ○:やや少ない △:少ない ×:食べられない (食べられない状態が続く場合は、医師、薬剤師、看護師などの医療スタッフに連絡)						
下痢								
その他の自覚症状	体のだるさ							
	息切れ・ 息苦しさ・動悸							
	から咳							
	立ちくらみ・ めまい							
	ムカムカ感・ 吐き気							
	おう吐							
メモ欄								