

あなたご自身のこと

●お名前:

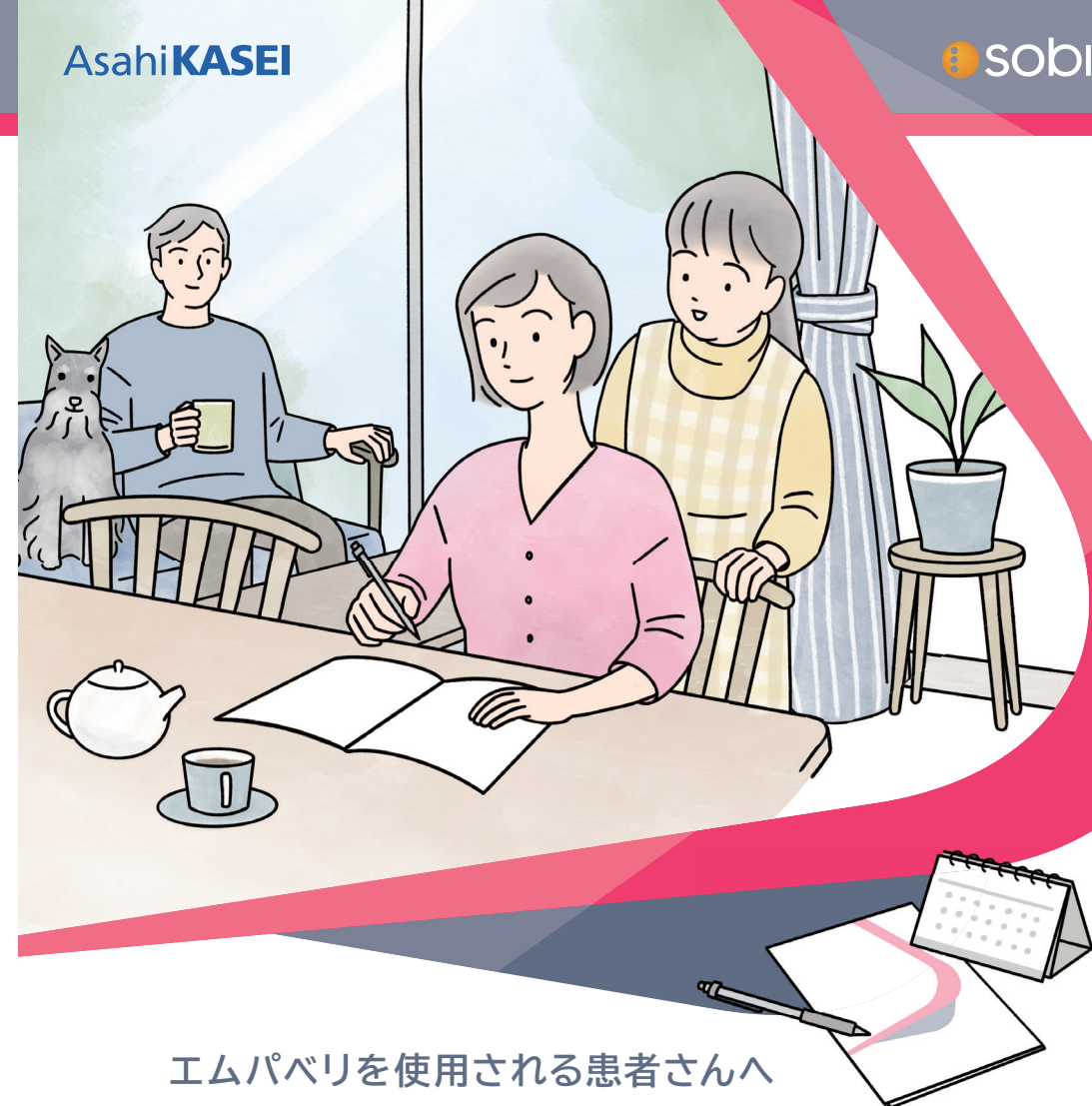
●ご住所:

●電話番号:

●主治医氏名:

●病院名:

●病院電話番号:

●緊急電話番号:
(主治医電話番号など) 患者コード(エムパバリ交付番号) 髄膜炎菌ワクチン接種日 年 月 日 肺炎球菌ワクチン接種日 年 月 日 Hibワクチン接種日 年 月 日

エムパバリを使用される患者さんへ

エムパバリ[®]治療記録冊子

【監修】

石川県赤十字血液センター 所長

金沢大学 名誉教授

中尾 真二 先生

治療記録について



- エムパベリは、すでに補体C5抗体製剤（エクリズマブ又はラブリズマブ）による治療を受けており、効果が不十分であった発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）患者さんに投与される注射のお薬です。
- 通常、エムパベリを週に2回^注、皮下投与することで、血管内及び血管外の溶血（赤血球の破壊）を防ぐことが期待されます。
- エムパベリは、決められた投与スケジュールで投与を行うことが大切であるため、エムパベリの投与日とその日の体調を記録する本冊子をご用意いたしました。
- 本冊子にご自身の体調を記録することで、PNHの症状の変化や治療による副作用の確認が可能となります。また、気になる症状や相談したいことがある場合でも、メモ欄に記入しておくことで、診察時に忘れずに主治医に伝えることができます。
- エムパベリによる治療を適切に行っていくためにも、エムパベリ投与時には忘れずに記録を取りましょう。

注）主治医の指示で、3日に1回の投与間隔となる場合があります。

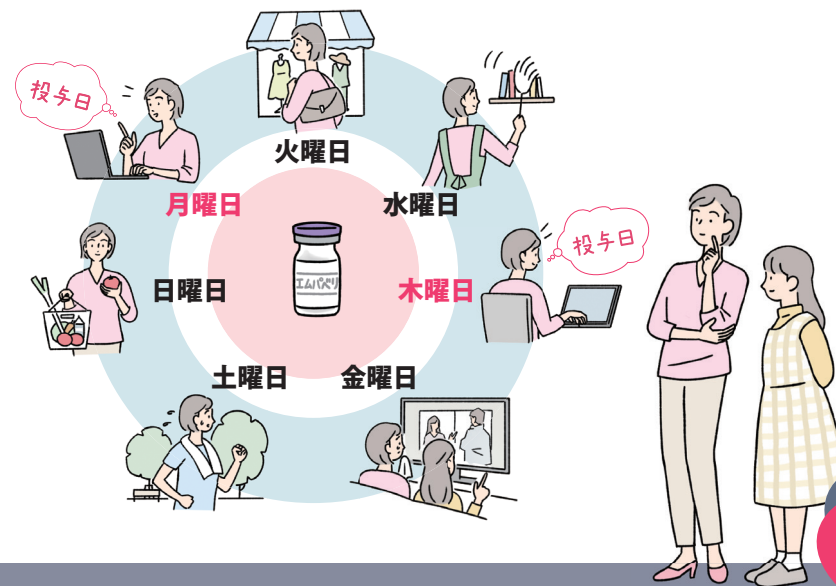
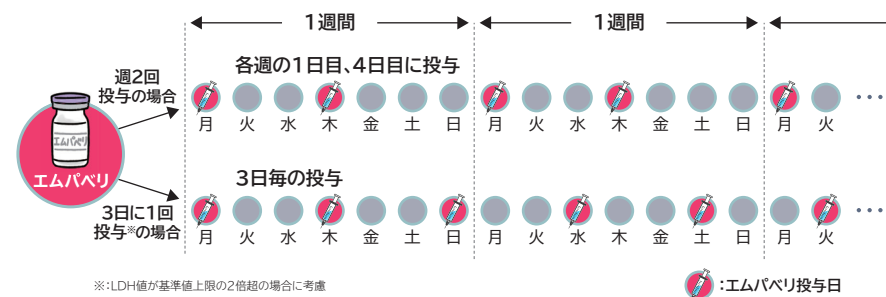


エムパベリの投与スケジュールについて



- エムパベリの投与間隔については、週2回投与の場合は各週の1日目、4日目に投与します。
- 乳酸脱水素酵素（LDH）値が基準値上限の2倍超の場合、主治医の指示で、3日に1回の投与間隔となる場合があります。その場合には3日毎の投与（1日目、4日目、7日目、10日目、13日目など）となります。


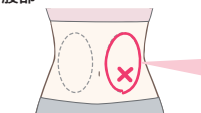
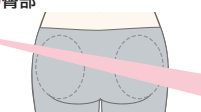
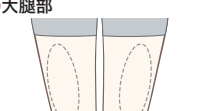
● エムパベリの投与スケジュール（例）



記入方法について



●エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	4月 1日 (月)			エムパベリ投与	<input checked="" type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	
顔や舌、のどの腫れ	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
食べ物が飲み込みにくい	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
息切れや息苦しさ	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
胸が痛い	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
お腹が痛い	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
男性機能不全	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
尿の色	5				
疲労感	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
脱力感	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
日常生活への影響	<input checked="" type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> とてもある		

投与日を記入し、投与が完了したら「エムパベリ投与」欄にチェックしてください。

症状の有無又は程度について、当てはまるものにチェックしてください。

投与部位に○を、投与箇所(針を刺した箇所)に×をつけてください。

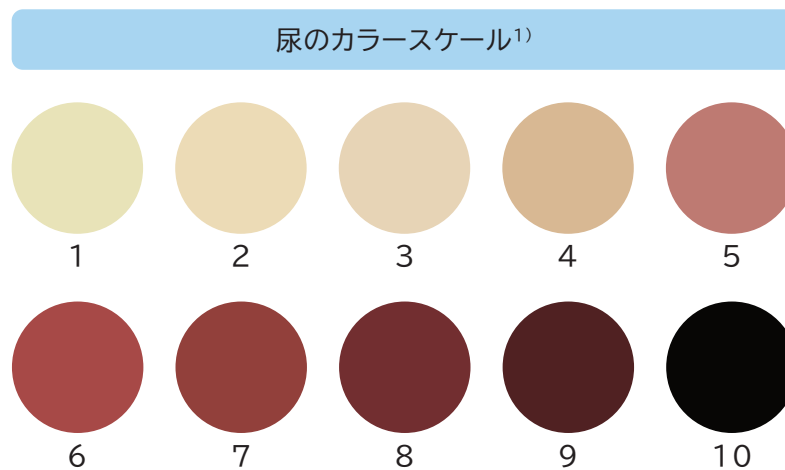
尿の色について、4ページを参考に記入してください。

気になる症状や相談したいことなどについて、自由に記入してください。

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)

4月2日 発熱した(37.8℃)。
4月3日 頭痛があり、眠れなかった。

●尿の色を記録する際は、以下を参考にしてください。



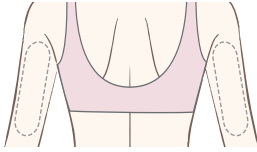
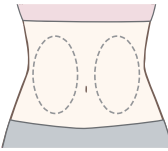
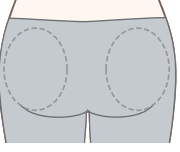
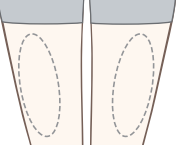
1) Hillmen P, et al. : N Engl J Med 350 : 552, 2004

起きた直後の尿の色を記録してください。



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



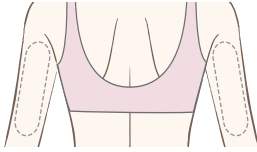
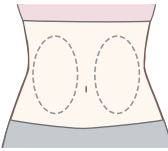
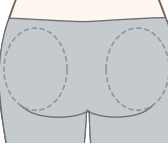
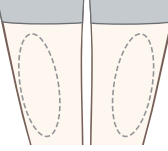
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



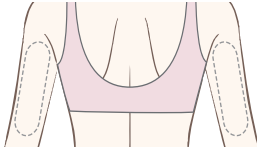
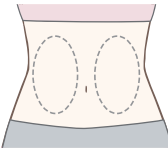
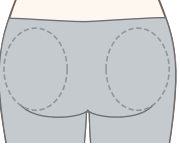
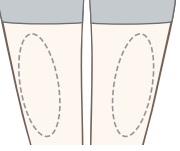
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



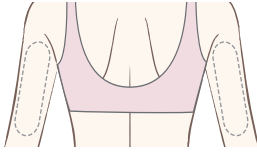
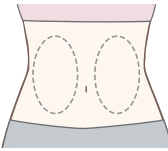
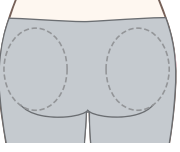
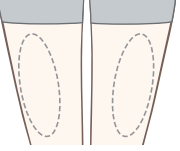
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



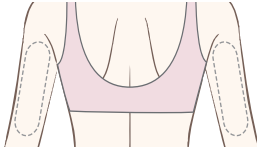
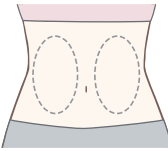
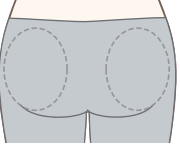
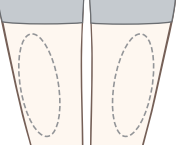
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



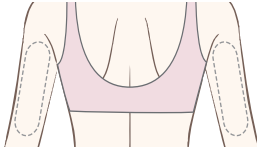
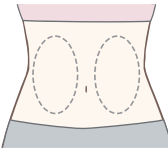
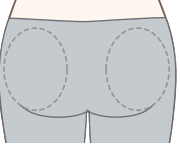
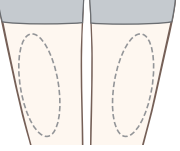
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ 投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



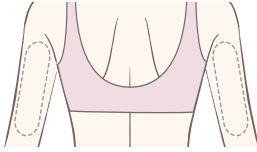
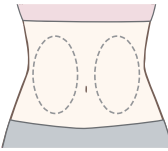
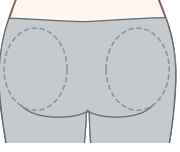
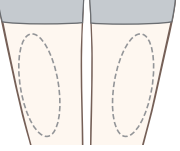
投与日	月 日 ()			エムパベリ 投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



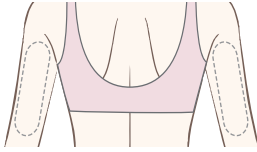
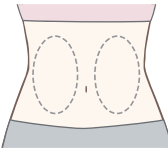
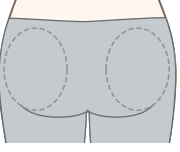
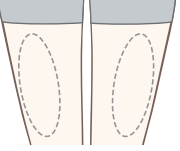
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



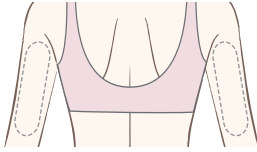
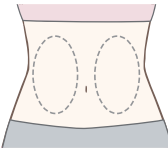
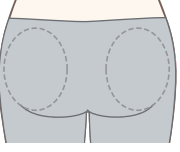
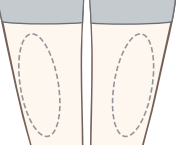
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



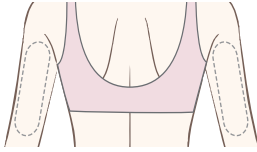
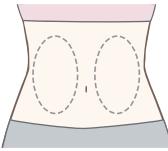
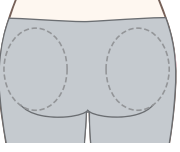
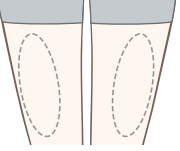
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



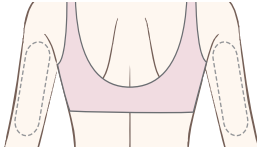
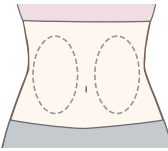
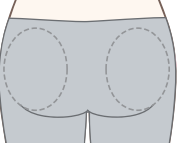
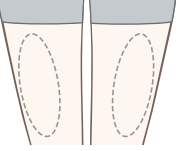
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



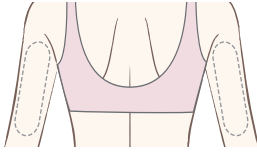
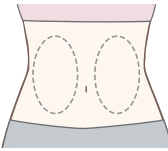
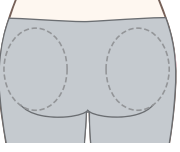
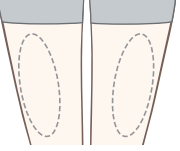
投与日	月 日 ()			エムパベリ投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



■ エムパベリの投与日と体調の記録

エムパベリの投与日と、各症状について記入してください。

投与日	月 日 ()			エムパベリ 投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。 ●上腕部  ●腹部  ●臀部  ●大腿部 	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



投与日	月 日 ()			エムパベリ 投与	<input type="checkbox"/>
症状について				投与部位	
めまい、意識消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	投与した部位に○を、その部位のなかで針を刺したところに×を記してください。	
顔や舌、のどの腫れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食べ物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
息切れや息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お腹が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
男性機能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿の色					
疲労感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脱力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日常生活への影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風邪のような症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

メモ(その他の気になる症状、相談したいこと)



MEMO

MEMO

Handwriting practice area on page 29, featuring a solid red top line, a dashed red midline, and a solid red bottom line, with multiple rows of this structure for writing practice.

Handwriting practice area on page 30, featuring a solid red top line, a dashed red midline, and a solid red bottom line, with multiple rows of this structure for writing practice.