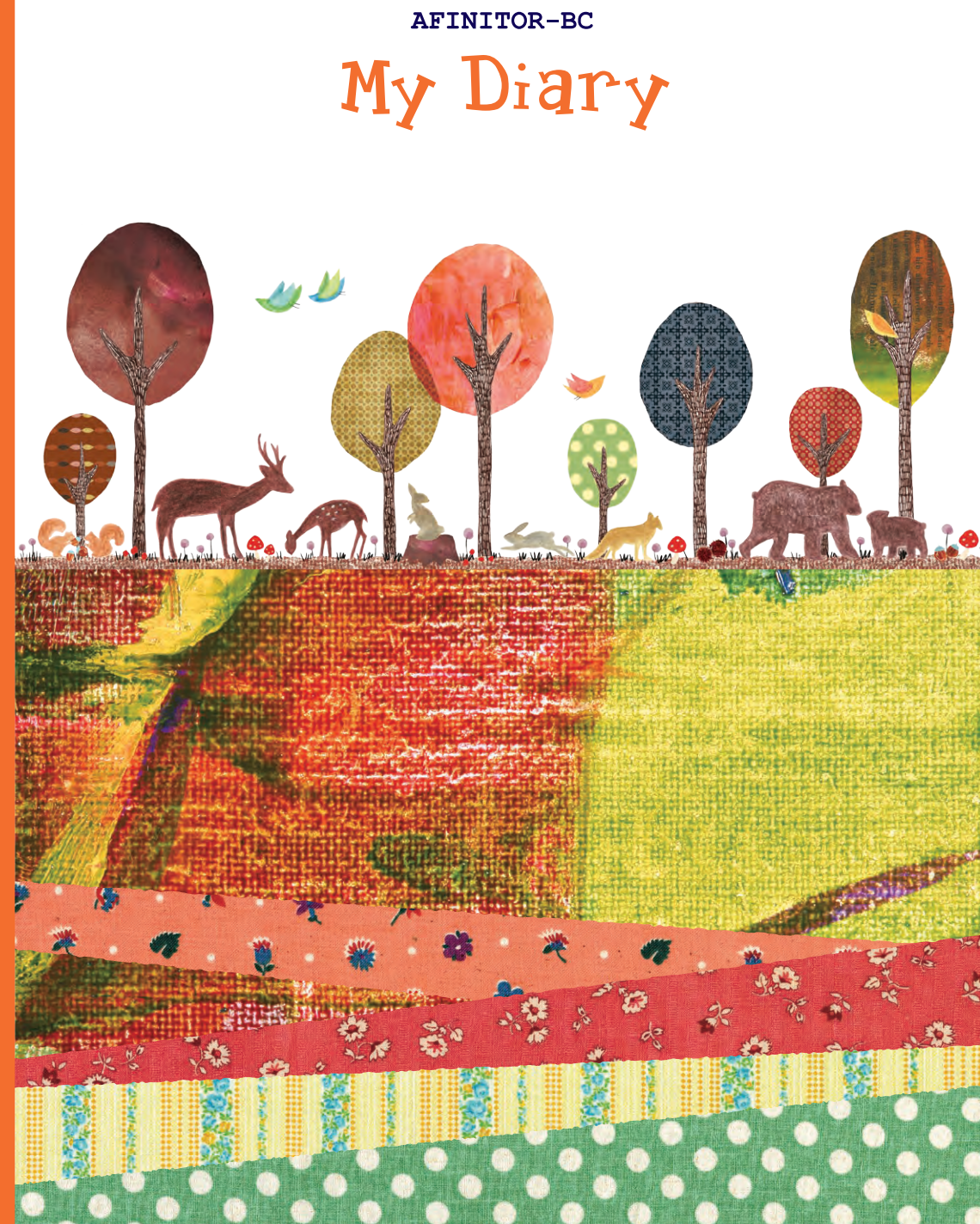


記入例

日付	2 / 2 (月)	
服薬	アフィニトール錠	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input checked="" type="checkbox"/> ●●●●
体重	44.5 kg	
血圧	126 / 80	
発熱	<input type="checkbox"/>	℃
口内炎	<input checked="" type="checkbox"/> 食事のときにしみる	
咳	<input type="checkbox"/>	
息切れ	<input type="checkbox"/>	
皮膚の異常	<input checked="" type="checkbox"/> 手の乾燥	
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	回
下痢	<input type="checkbox"/>	回
疲労	<input type="checkbox"/>	
関節の痛み・こわばり	<input type="checkbox"/>	
ほてり	<input type="checkbox"/>	
気分の落ちこみ	<input type="checkbox"/>	
むくみ	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> 気がついたこと からだがだるい 夜眠れない 検査の結果 など 	<p>先週から 手にぬり薬を つけていて 乾燥は消えてきた。</p>	

ノバルティス ファーマ株式会社

かかりつけ医院・病院の連絡先





—アフィニートール錠を服用されるかたへ—

『AFINITOR-BC My Diary』は、乳がんに対してアフィニートール錠での治療を受けられる患者さんに、毎日の生活の中で、いつもと違った症状や体調の変化などを記録していただくための日記帳です。

患者さんが毎日記録した普段の状況を、主治医や看護師、薬剤師と共有することで、より安全で質の高い治療を行うことが期待できます。来院の際には、必ず持参して主治医や看護師、薬剤師に見せるようにしてください。



監修：向井 博文 先生

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院 腫瘍内科 医長



アフィニール錠の主な副作用

アフィニール錠の服用により、以下の副作用があらわれることがあります。気になる症状があらわれたら、すぐに主治医や看護師、薬剤師に相談してください。

主な副作用

間質性肺疾患

肺の内部にある間質とよばれる部分に炎症が生じる副作用です。咳、発熱、息切れなどの症状が出たらすぐに受診して検査をする必要があります。

主な症状 咳、発熱、息切れ など



感染症

アフィニール錠の服用により、病原菌に感染しやすくなったり、感染症*が悪化したりすることがあります。

※主な感染症：肺炎、のど・はなの痛み、はれ、口腔ヘルペス など

主な症状 発熱、咳、たん、だるさ など



口内炎

口内炎によって、口の中があれて痛みや出血、食べ物が飲み込みにくくなることがあります。口内炎は、予防と早期の対応でコントロールできます。口の中を毎日観察し、口内炎があらわれたら放置せず、すぐにご相談ください。

主な症状 口の中のアれや痛み、出血 など



そのほかの副作用とその症状

腎臓の障害

アフィニール錠の服用により、腎障害、腎不全が発症することがあります。

血小板減少

鼻血、歯ぐきの出血、あおあざができる、皮下出血、出血が止まりにくい。

高血糖、脂質異常

高血糖や高コレステロール血症、高トリグリセリド血症などの検査値の異常。

※服用前にすでにこれらの数値が高い場合は、注意が必要です。

リンパ球減少、好中球減少

感染症にかかりやすくなる。

貧血、ヘモグロビン減少

からだのだるい、めまい、頭が重い感じ、頭痛、耳鳴り、階段や坂を上がる時の動悸や息切れ。

皮膚の症状

発疹、かゆみ、爪の障害(爪の変形など)。

消化器症状

吐き気、嘔吐、下痢など。

服薬状況や気になる症状、体調の変化など
毎日記録をつけましょう

※記入の仕方：6、7ページ ※記録用紙：8～31ページ





AFINITOR-BC My Diary 記入の仕方

お薬による治療を安全に受けていただくために、
 服薬状況や気になる症状について記入例を参考に毎日メモをつけましょう。
 アフィニトール錠の副作用のほか、併用する薬や乳がんによる症状など、
いつもと違うなと感じた場合には、主治医や薬剤師、看護師に見せてください。

アフィニトール錠を服用したら 印をつけて飲み忘れのないように注意しましょう。
 一緒に飲む乳がんのお薬(ホルモン剤など)の名前を記入し、アフィニトール錠同様、服用したら 印をつけましょう。

体重、血圧は測定したときに記入してください。

これらの症状に気がいたら 印をつけましょう。
 吐き気・嘔吐、下痢では回数を記入してください。

メモ欄には、「からだがだるい」、「疲れやすい」、「夜眠れない」、「かぜ薬を飲んだ」など気づいたことや、病院での検査結果などをメモしておきましょう。

日付	2 / 2 (月)	2 / 3 (火)	2 / 4 (水)	2 / 5 (木)	2 / 6 (金)	2 / 7 (土)
服薬 アフィニトール錠	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg
ほかのお薬(ホルモン剤) ●●●●	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
体重	44.5 kg	kg	kg	kg	44.0 kg	kg
血圧	126 / 80	/	/	/	124 / 78	/
発熱	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input checked="" type="checkbox"/> 38.2 °C	<input checked="" type="checkbox"/> 36.5 °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎	<input checked="" type="checkbox"/> 食事のときにしみる	<input checked="" type="checkbox"/> 食事のときにしみる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常	<input checked="" type="checkbox"/> 手の乾燥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input checked="" type="checkbox"/> 2 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 顔があつい	<input checked="" type="checkbox"/> 顔があつい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 足がむくむ	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など	先週から 手にぬり薬を つけていて 乾燥は消えてきた。		朝から げりがあり、 げり止めを のんだ。	昨夜から さむけがあった。 食欲がない。 血液検査異常なし		せきは 軽くなった。



受診の際は、主治医や薬剤師、看護師に見せてください。



日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない ・検査の結果 など								

日付		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
服薬	アフィニートール錠	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg	<input type="checkbox"/> mg
	ほかのお薬(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧		/	/	/	/	/	/	/
発熱		<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> °C
口内炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
下痢		<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 回
疲労		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節の痛み・こわばり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分の落ちこみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・気がついたこと からだがだるい 夜眠れない								
・検査の結果 など								

- お薬を服用中、いつもと違う症状があらわれたら、すぐに主治医や看護師、薬剤師に相談しましょう。
- 特に、「咳」、「発熱」、「息切れ」などの症状があらわれた場合には、すぐに医療機関に連絡してください。