

ストレンジック®

投与日誌

投与日誌の 記載方法

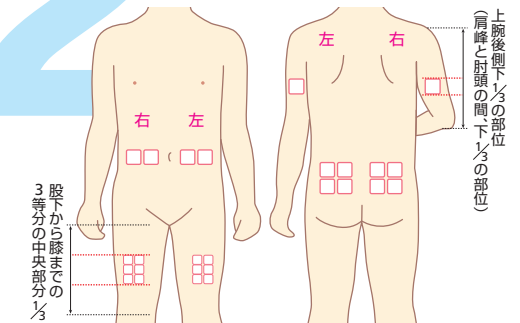
ストレンジックは、週に3回、もしくは6回、場合によって、注射することを忘れてしまふ注射忘れを防止する工夫として、注射の記載方法は下記の通りです。

自己注射を行う薬剤です。うことがあるかもしれません。録をつけてみてはいかがでしょうか。

— 診療の際には、主治医の先生に投与日誌をご提示ください。 —

注射推奨部位

各部位を2～6ブロックにして注射部位を考えます。



注射は主治医の先生から指示を受けた部位に行いましょう。

1

受診日に

- ① 受診した際に体重と投与間隔(週3回か6回か)、主治医の先生から指示を受けた用量を記入しましょう。
- ② 投与間隔に合わせて、注射予定日をチェックしておきましょう。
- ③ その他の指示等がある場合はページ上の備考欄に記入しましょう。
- ④ 注射予定日以外の日は斜線を引いておきましょう。

①	体重 (15) kg	指示を受けた内容 週(③)・(6)回
	以下の用量を投与すること	
	<input type="checkbox"/> 12mg/バイアルを()mL	<input type="checkbox"/> 18mg/バイアルを()mL
	<input checked="" type="checkbox"/> 40mg/バイアルを(0.75)mL	<input type="checkbox"/> 28mg/バイアルを()mL
	<input type="checkbox"/> 80mg/バイアルを()mL	
	備考	
	③	
	②	⑤
	④	⑦
	⑧	
	⑥	

① 体重 (15) kg ●指示を受けた内容 週(③)・(6)回

●以下の用量を投与すること

12mg/バイアルを()mL 18mg/バイアルを()mL 28mg/バイアルを()mL

40mg/バイアルを(0.75)mL 80mg/バイアルを()mL

●備考

③

②

⑤

④

⑦

⑧

⑥

⑤ どこに注射しましたか？注射部位に日付を記入しましょう。適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。

⑥

3 実際の注射日になったら

- ⑤ 注射の有無をチェック
- ⑥ 注射部位の に日付をご記入ください(注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう)。
- ⑦ 注射予定日に注射が行われなかった場合、理由をチェック

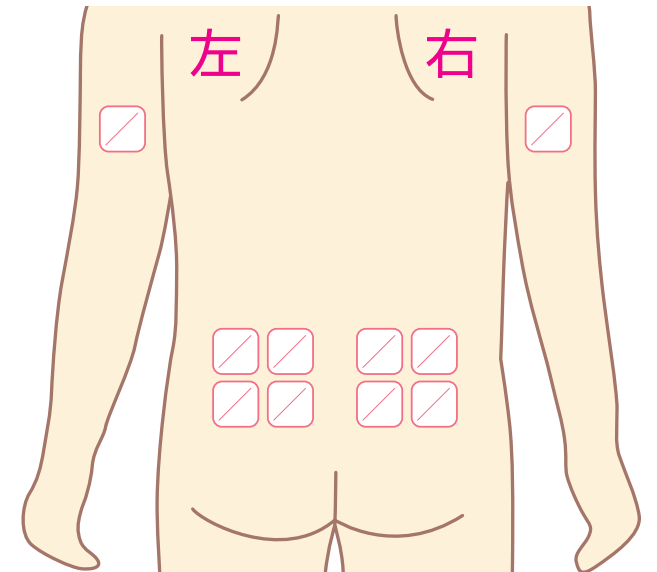
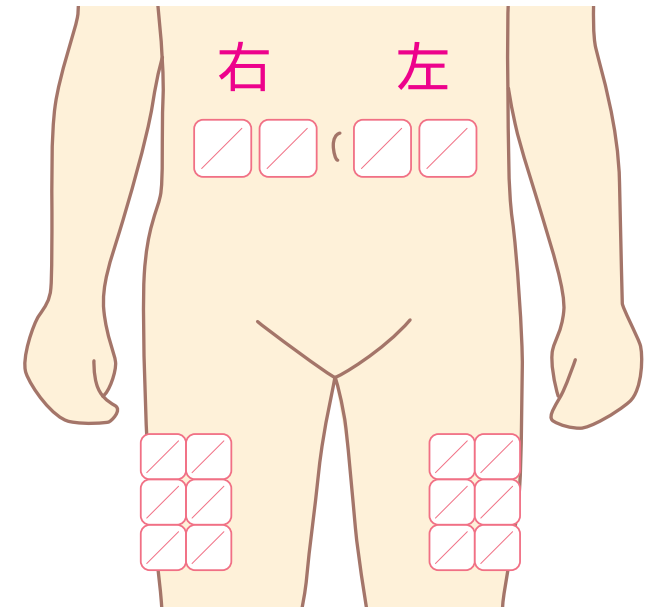
※注射が行われなかった理由について、「医師の指示により中止」、「自身の都合」、「その他」を選択した場合は、その理由をメモ欄にご記入ください。
- ⑧ その他、特に主治医の先生に伝えておきたいことや気になることがありましたらメモ欄にご記入ください。



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



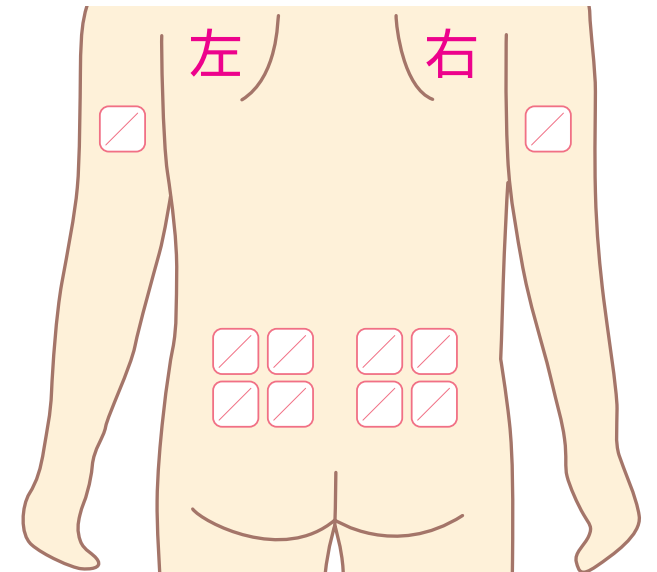
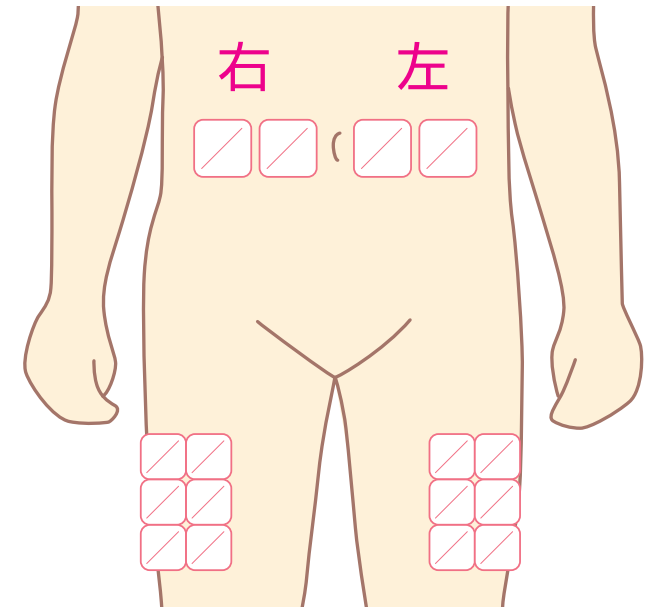
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



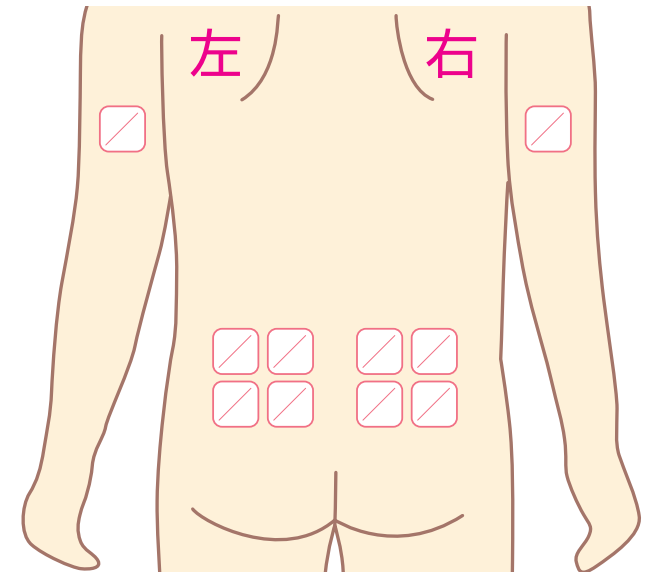
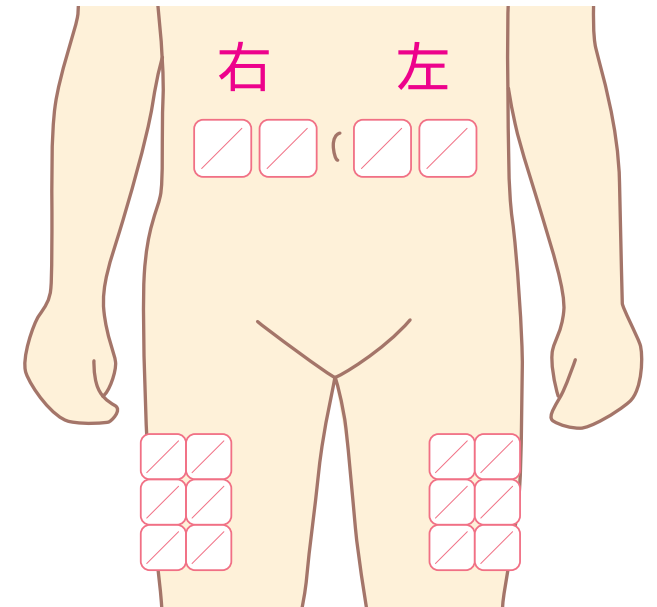
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



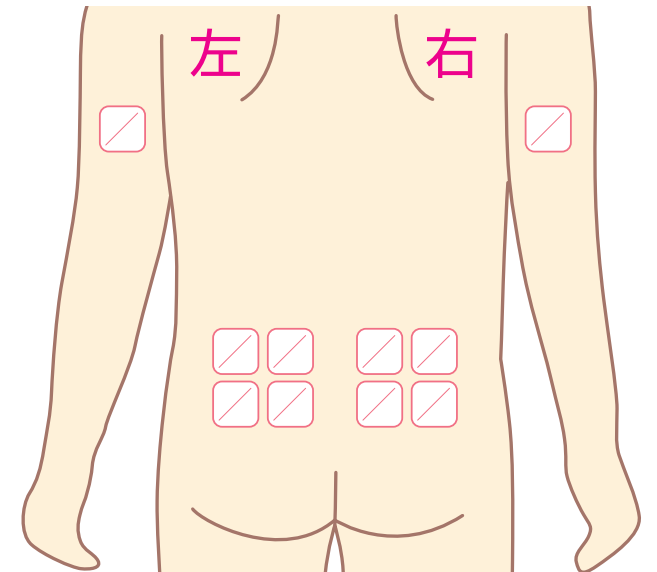
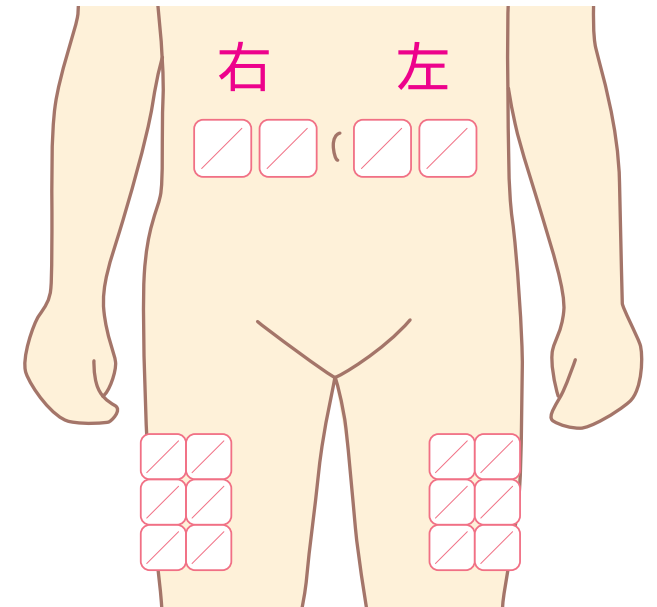
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



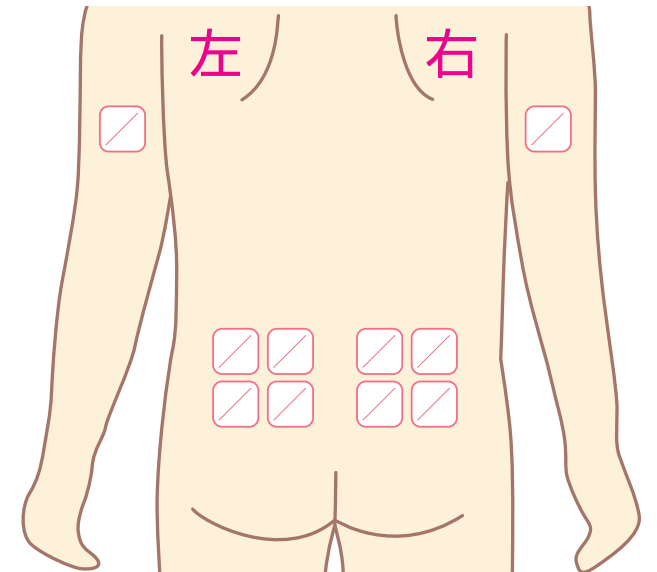
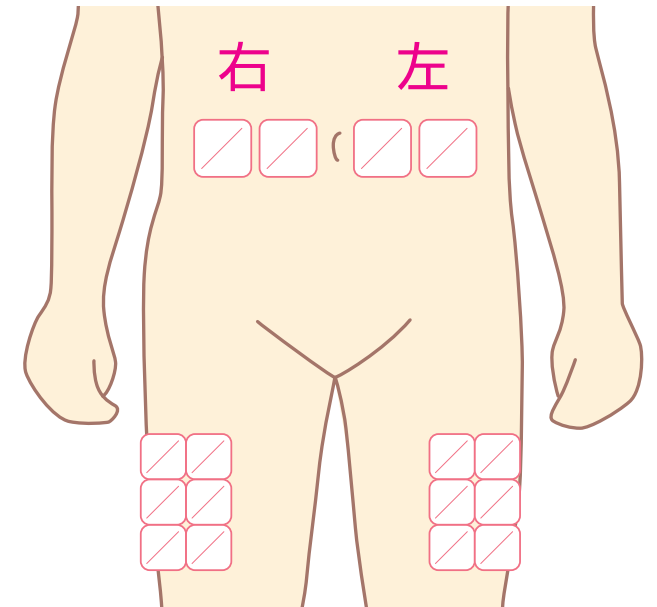
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



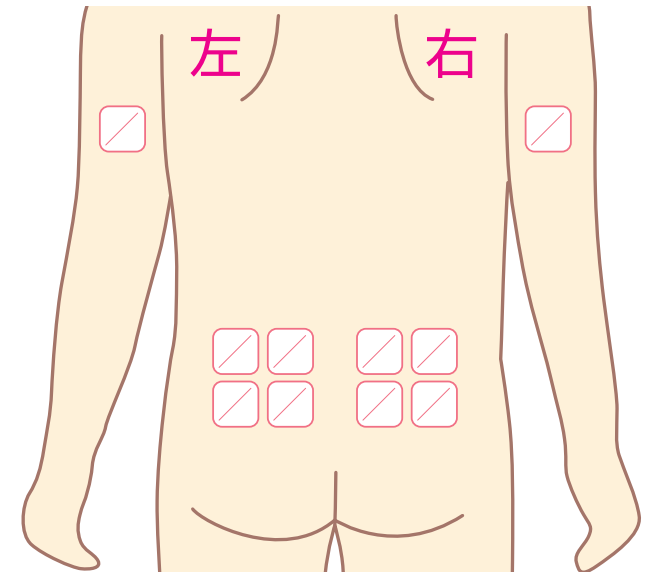
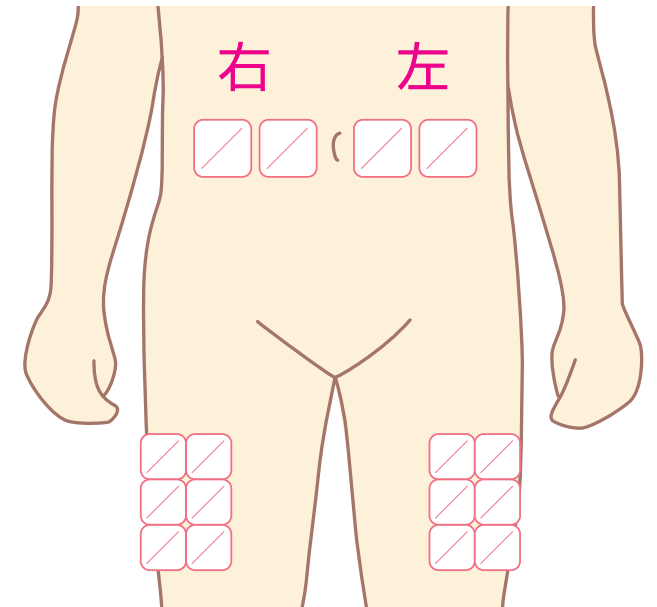
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



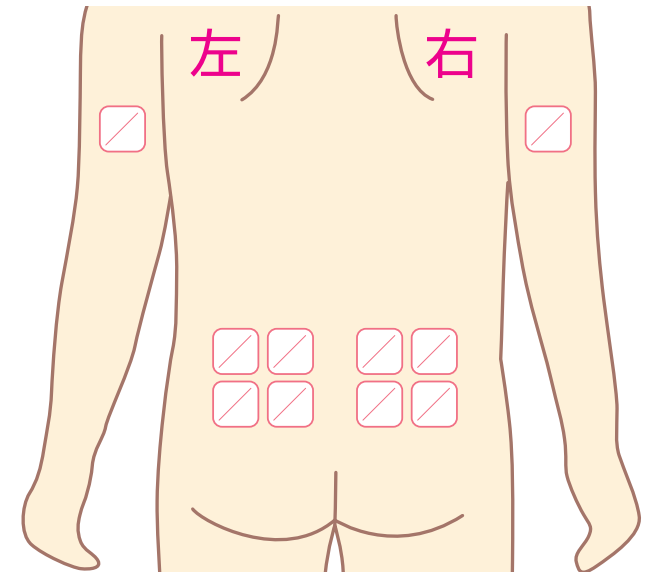
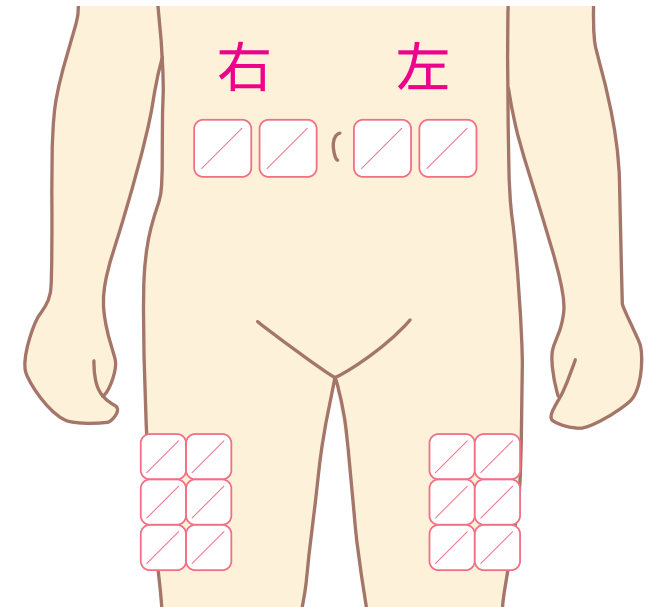
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



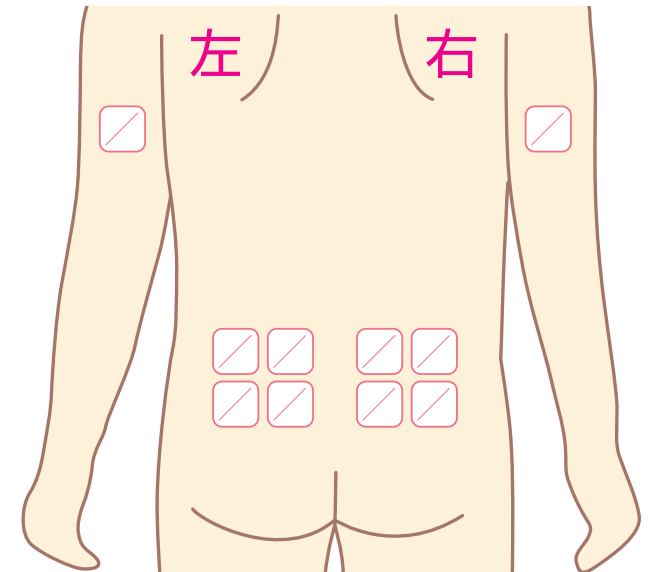
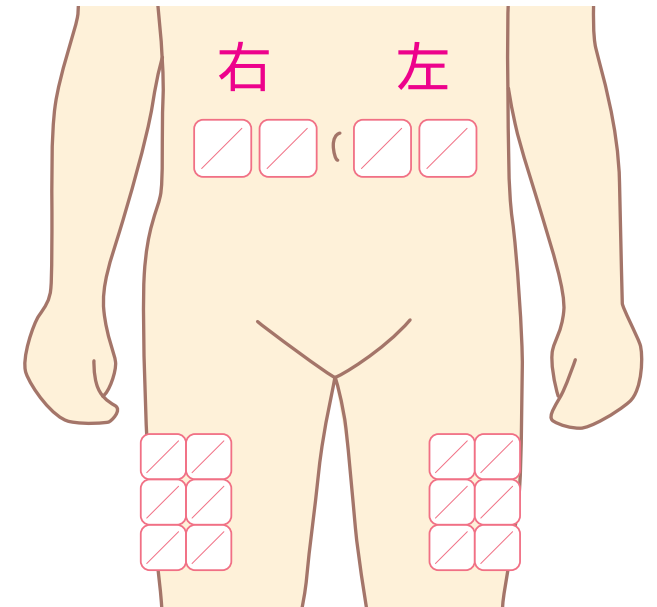
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



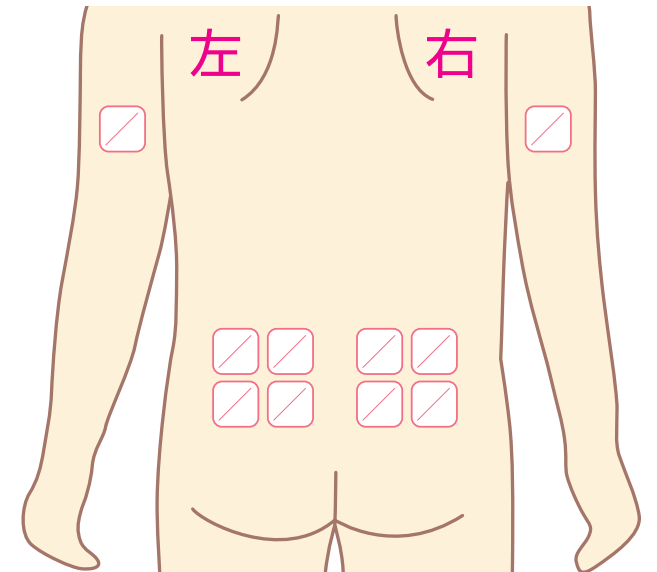
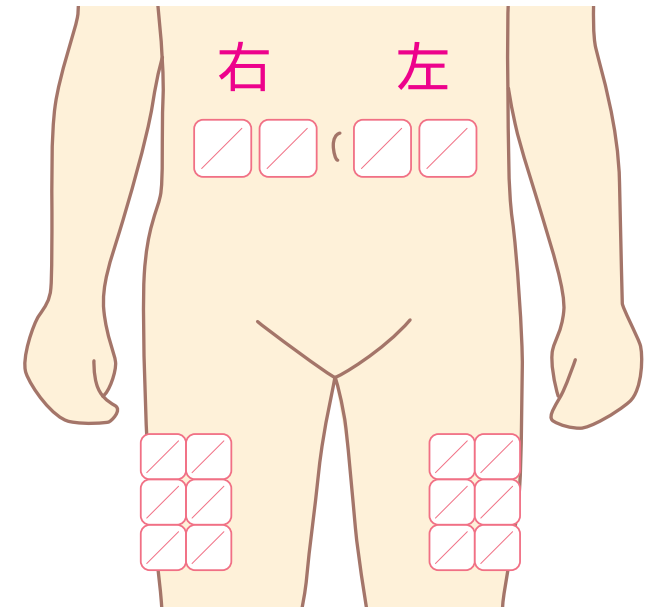
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



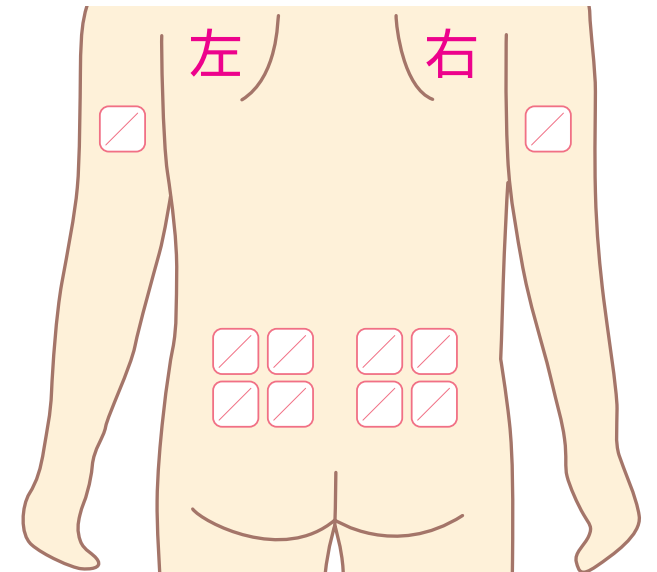
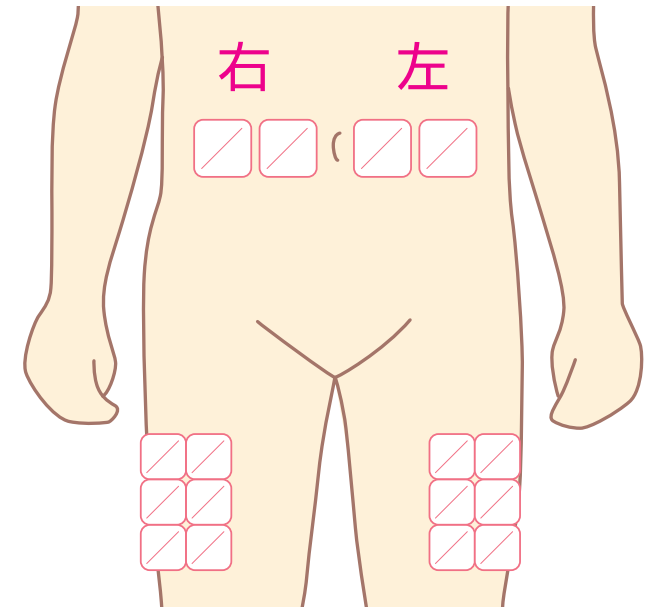
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



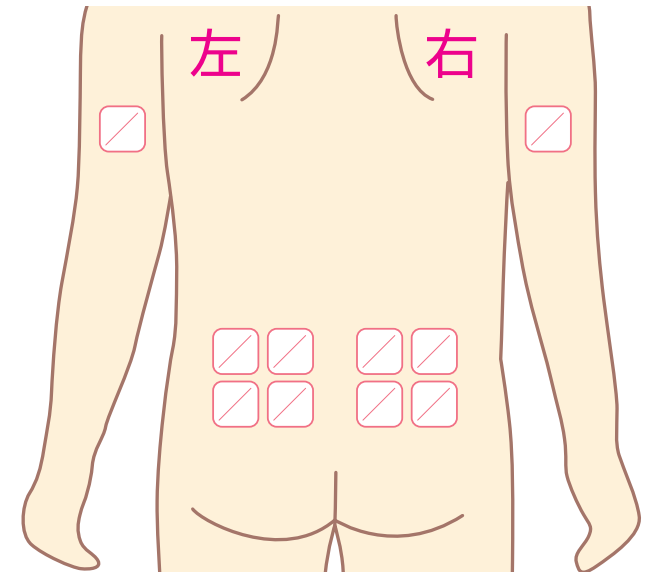
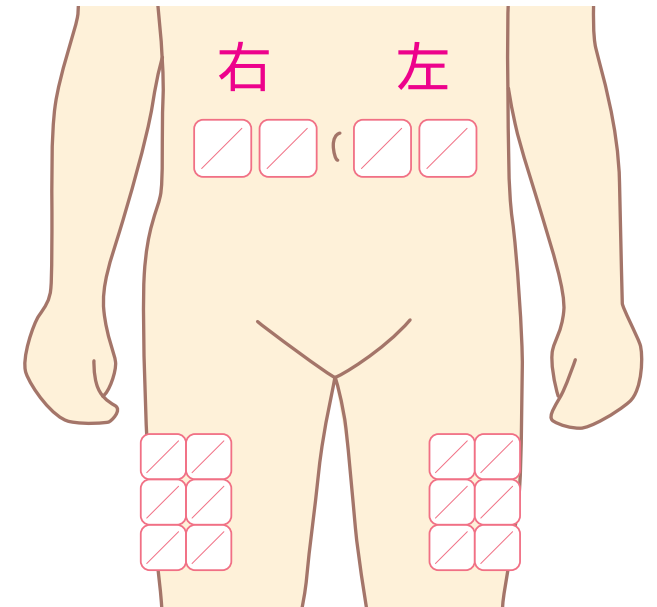
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



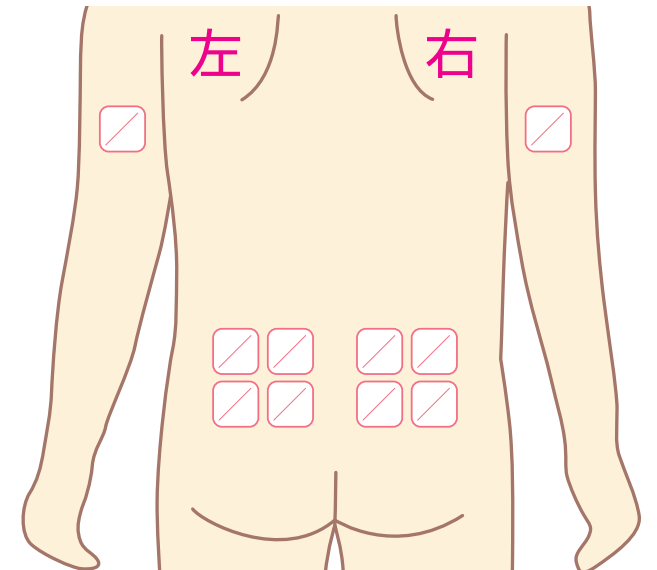
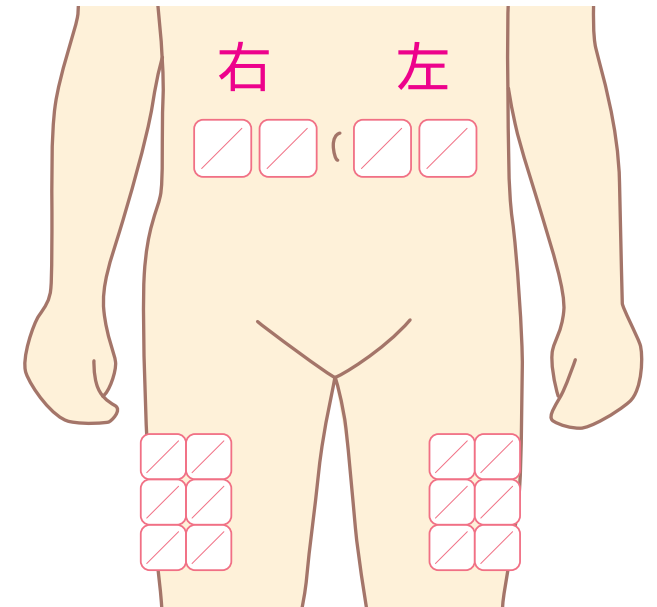
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



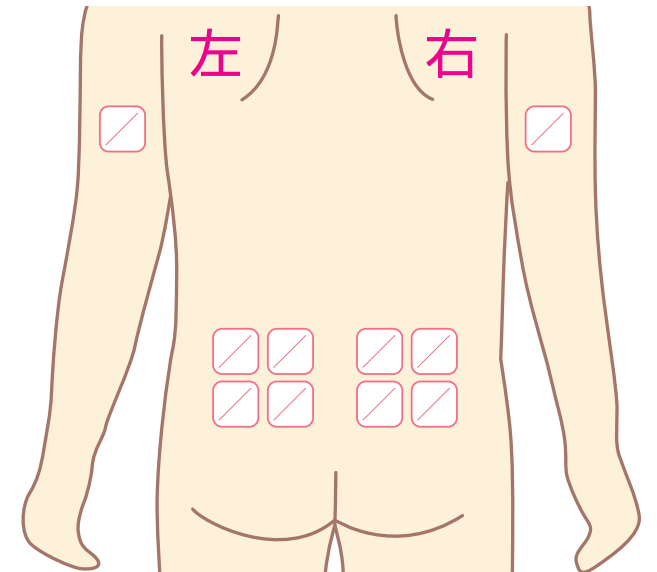
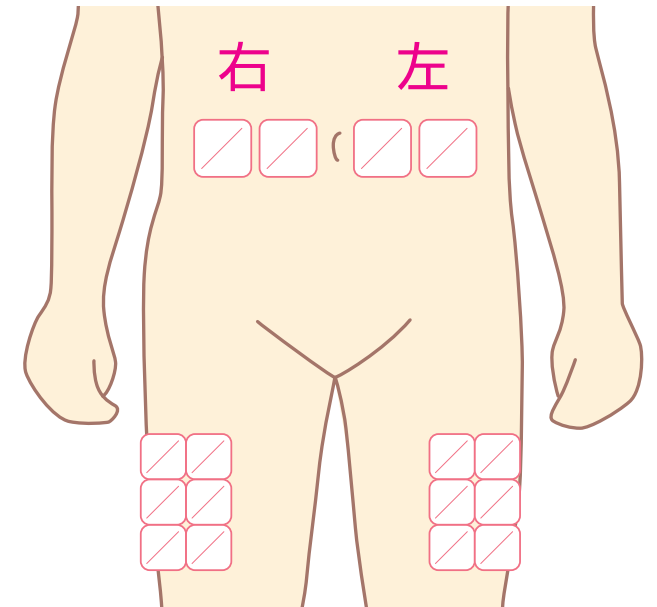
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



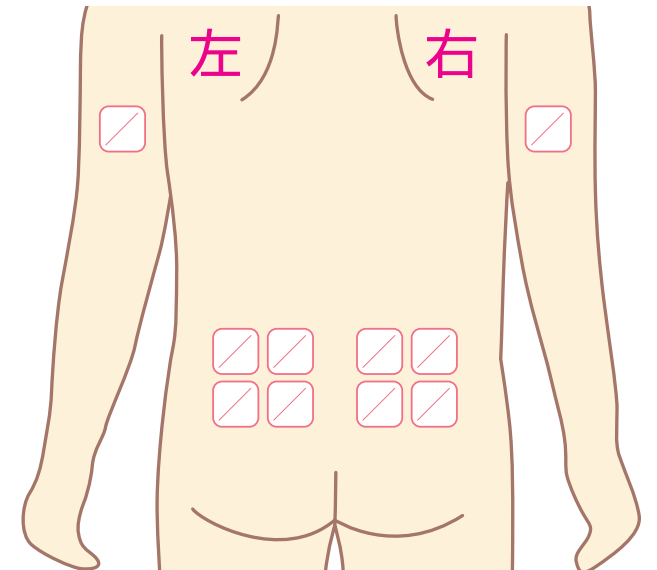
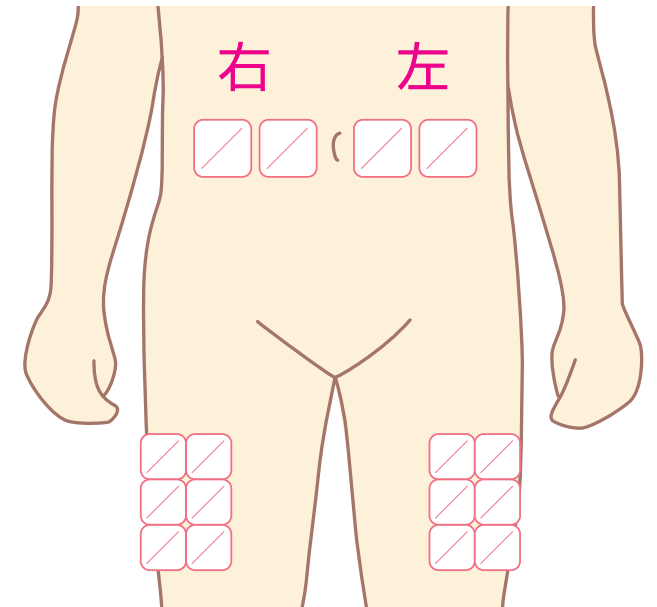
	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メモ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				



- 体重 () kg ● 指示を受けた内容 週(3 ・ 6)回
- 以下の用量を投与すること
 - 12mgバイアルを()mL 18mgバイアルを()mL 28mgバイアルを()mL
 - 40mgバイアルを()mL 80mgバイアルを()mL
- 備考

[]

- どこに注射しましたか？ 注射部位に日付を記入しましょう。
適切な注射部位を主治医の先生とご相談の上、注射部位の反応を防止、軽減するため、毎回違う場所に注射しましょう。



	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				
	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)	
注射予定日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注 射	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
注射予定日に注射が行われなかった理由	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	<input type="checkbox"/> 打ち忘れ <input type="checkbox"/> 薬剤切れ <input type="checkbox"/> 医師の指示により中止 <input type="checkbox"/> 自身の都合 <input type="checkbox"/> その他 理由をメモに記載してください	
メ モ (医師に伝えておきたいこと、気になることをお書きください)				