

レベスティブ®による治療を  
受けられる患者さんへ

# 短腸症候群治療 ダイアリー



# はじめに

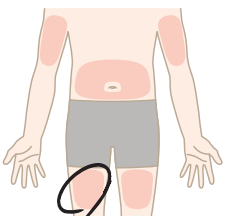
『短腸症候群治療ダイアリー』は、レベスティブ®による治療を受けられる患者さんに、日々のレベスティブ治療や栄養療法を記録したり、毎日の生活の中でいつもと違った症状や体調の変化などを記載していただけるよう作成しました。

このダイアリーを用いることで、毎日の状況を主治医や薬剤師、看護師と共有することができ、円滑かつ適切なコミュニケーションを行うことが期待できます。

受診の際には、持参して主治医や薬剤師、看護師に見せるようにしてください。



# ダイアリーの書き方

|                |                                                                                                                                                          |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付            | / ( )                                                                                                                                                    |
| レベスティブ投与時刻     | ( 11 : 15 )                                                                                                                                              |
| レベスティブ<br>投与部位 | <br>その他( )                                                              |
| 腹 痛            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                      |
| 体調/機嫌          | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> |
| 体重・身長          | 41.5 kg cm                                                                                                                                               |
| 体 温            | 36.5 °C                                                                                                                                                  |
| 栄養療法 (点滴)      | エルネオパ<br>投与開始時刻 ( 9 : 30 )<br>投与終了時刻 ( 21 : 30 )<br>アミニック<br>投与開始時刻 ( 14 : 30 )<br>投与終了時刻 ( 16 : 30 )<br><br>投与開始時刻 ( : )<br>投与終了時刻 ( : )                |
|                | 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×                                                                                                                                |
|                | 朝 豆腐 ○<br>昼 エレantal1袋 ○<br>夜 おかゆ 茶碗0.5杯 ×                                                                                                                |
|                | 水分摂取量(哺乳量を含む) 500 mL                                                                                                                                     |
|                | 排尿 回数/オムツ交換回数 3 回<br>尿 量 1,200 mL                                                                                                                        |
|                | 排便 回数/オムツ交換回数 7 回<br>ストーマ排液量/便量 mL<br>g                                                                                                                  |
| その他<br>気がついたこと | 食事の1時間後に<br>腹痛あり○<br>ズキズキする<br>痛みだった○<br>便の色はいつもより<br>少し黒かった○                                                                                            |

1日1回の投与を忘れないように、投与する時間を決めて記録しましょう。

レベスティブは、同じ部位に連続して投与できません。毎日同じ部位に注射しないよう、投与した部位を記録しておきましょう。

腹痛があらわれたら、こちらにチェックするようにしましょう。腹痛が継続する場合は、**すぐに主治医もしくは薬剤師、看護師に連絡してください。**

その日の体調(1:不調~5:良好)や、乳児の場合は機嫌(1:悪い~5:良い)を5段階評価でつけてみましょう。

レベスティブは、体重によって投与量が変わります。体重は定期的に記録し、体重の大幅な変動があった場合は、主治医に相談しましょう。乳児・小児の場合は、定期的に身長も記録しましょう。

実際に投与した栄養療法の栄養剤と投与量、投与時間を記録しましょう。

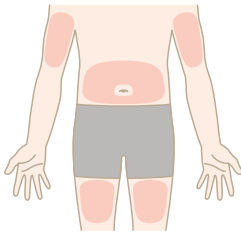
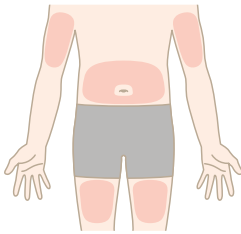
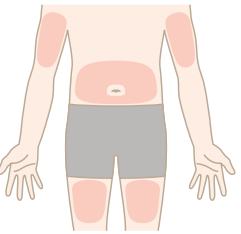
食事の内容や食欲の有無について記録しましょう。

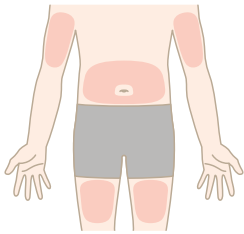
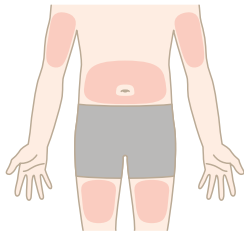
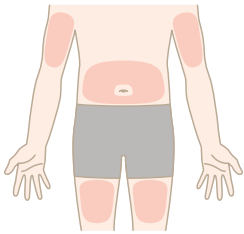
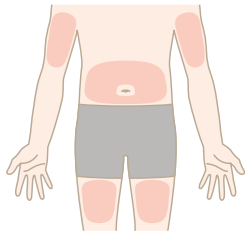
排尿回数、尿量を記録しましょう。オムツをしている子供の患者さんの場合は、オムツ交換回数を記録しましょう。オムツの重さなどから尿量が分かる場合は尿量も記録しましょう。

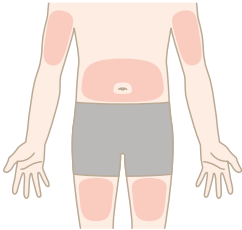
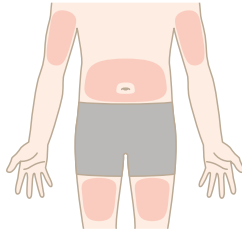
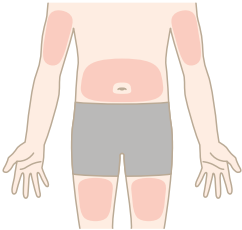
ストーマ排液量はmLで、オムツの重さなどから便量が分かる場合はgで記録しましょう。

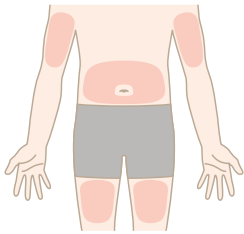
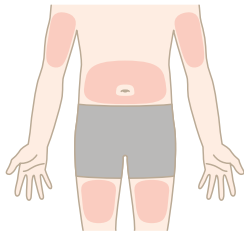
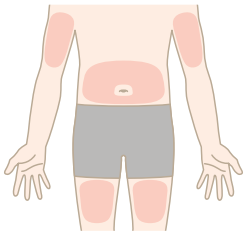
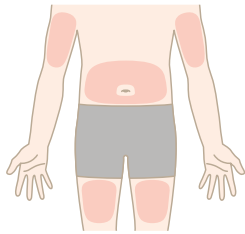
腹痛や便の色など、気になったことがあればメモしておきましょう。

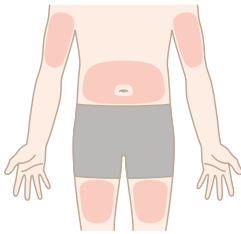
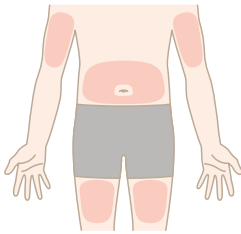
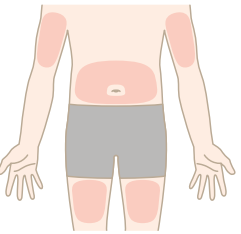
\* 便や尿を排泄するために人工的に作られた排泄口(出口)をストーマといいます。

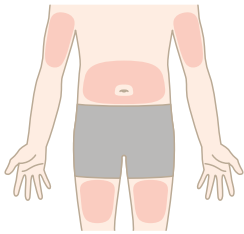
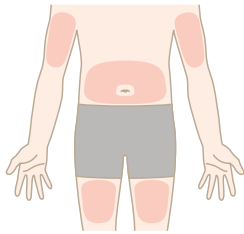
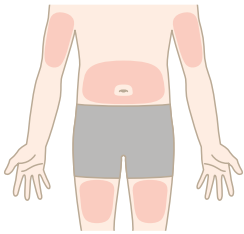
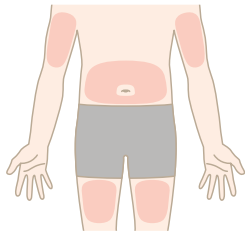
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | _____ mL   | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

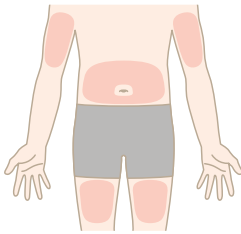
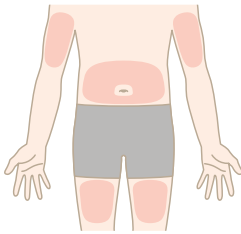
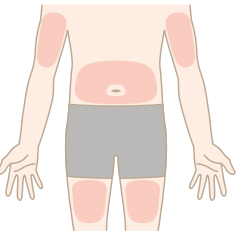
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                       |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                    |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

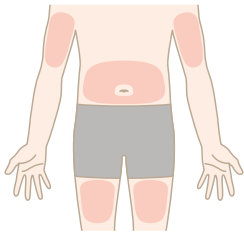
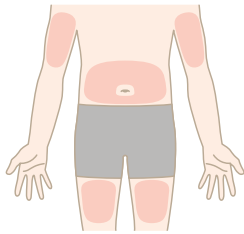
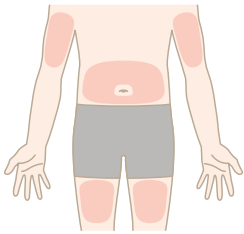
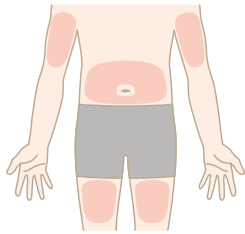
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

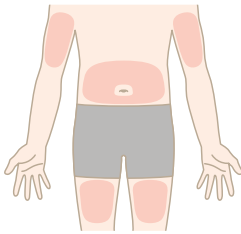
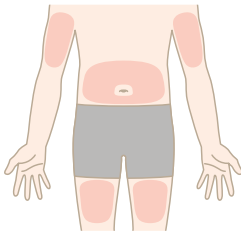
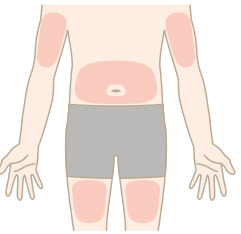
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                       |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

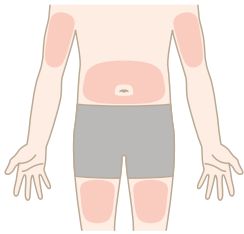
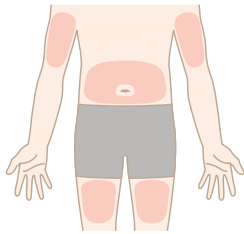
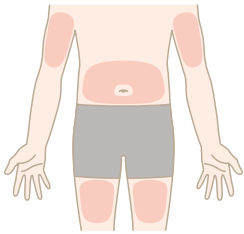
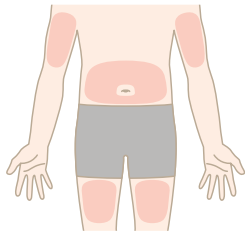
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

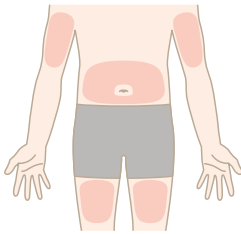
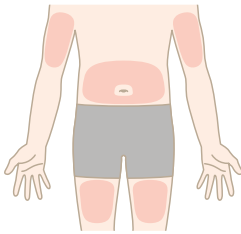
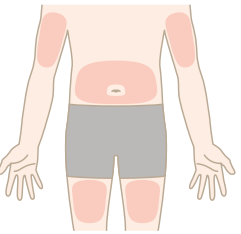
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

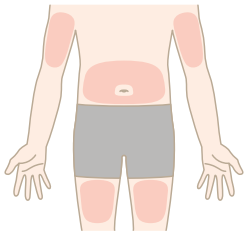
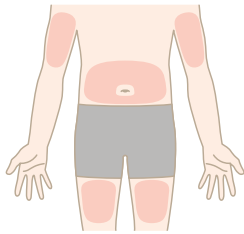
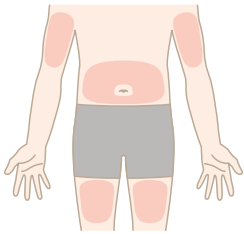
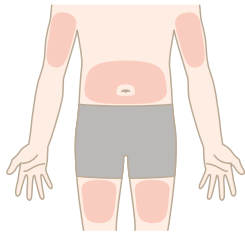
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

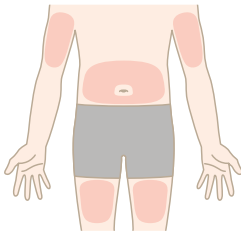
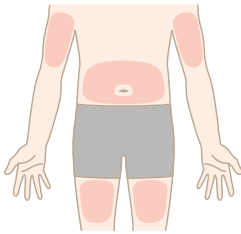
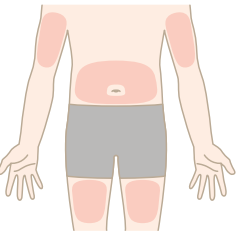
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

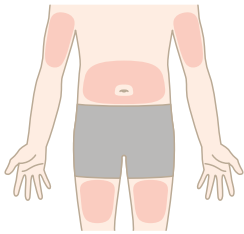
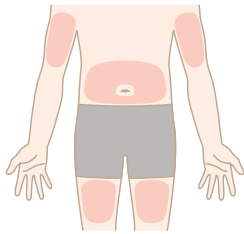
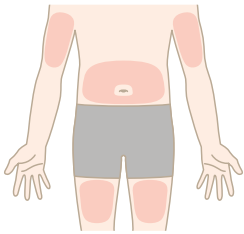
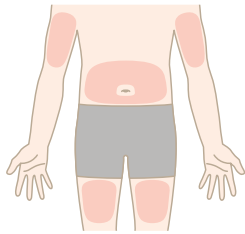
|                                      |                 |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |                 | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |                 | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |                 | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |                 | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |                 | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |                 | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |                 | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) | _____ mL        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻<br>( : ) | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | 投与終了時刻<br>( : ) | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | _____ mL        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻<br>( : ) | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | 投与終了時刻<br>( : ) | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |                 | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数      | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量             | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数      | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量      | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |                 |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

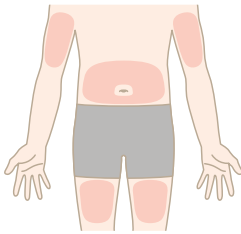
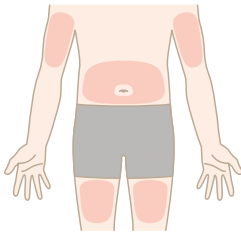
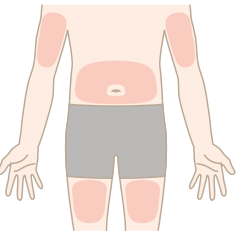
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

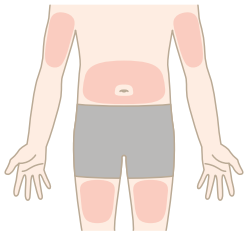
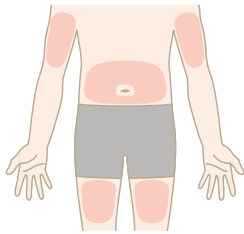
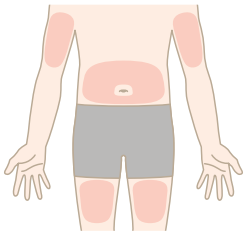
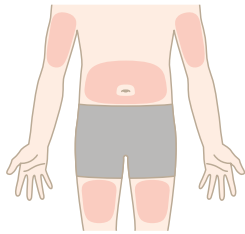
|                                      |                 |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |                 | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |                 | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |                 | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |                 | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |                 | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |                 | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |                 | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) | _____ mL        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻<br>( : ) | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | 投与終了時刻<br>( : ) | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | _____ mL        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻<br>( : ) | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             | 投与開始時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
|                                      | 投与終了時刻<br>( : ) | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             | 投与終了時刻<br>( : )                                                                             |                                                                                               |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜               | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |                 | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数      | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量             | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数      | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量      | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |                 |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

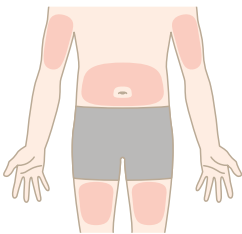
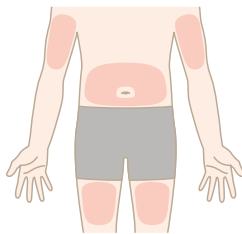
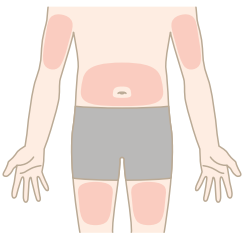
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

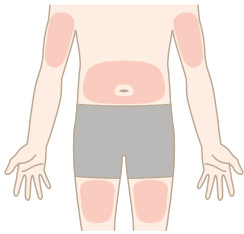
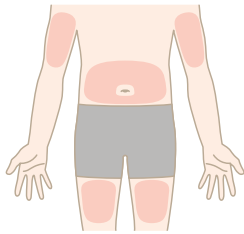
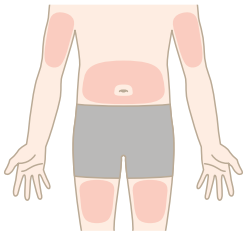
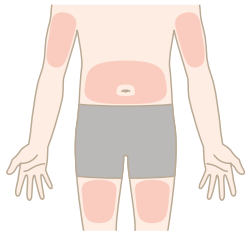
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

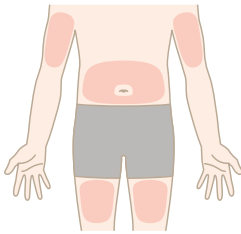
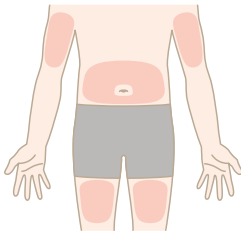
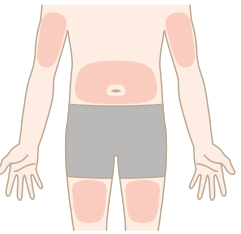
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                       |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                    |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

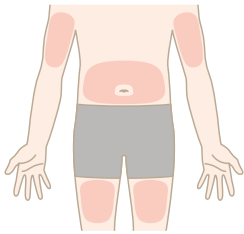
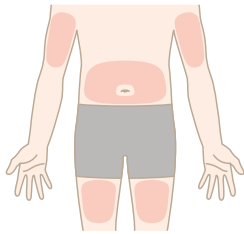
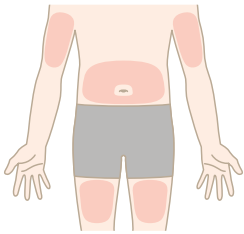
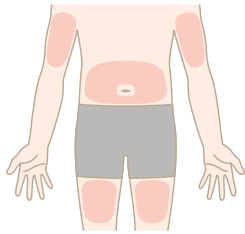
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | _____ mL   | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    |                                                                                               |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

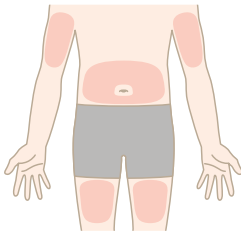
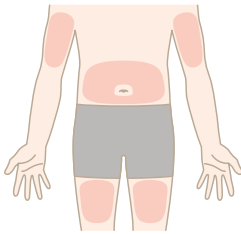
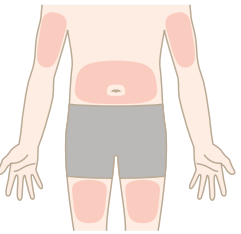
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

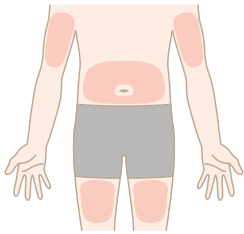
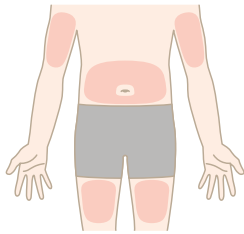
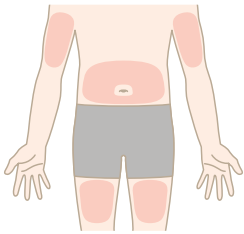
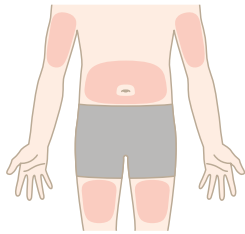
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

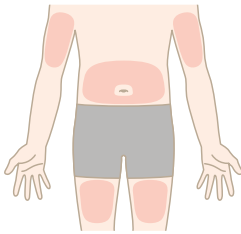
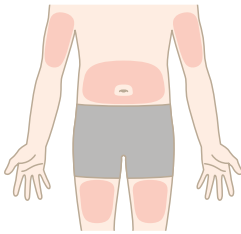
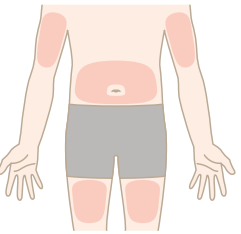
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                     | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                       |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                  | °C                                                                                    |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

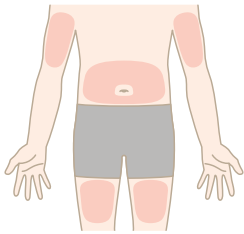
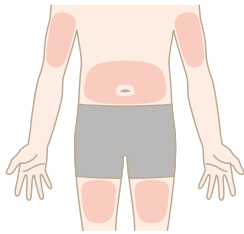
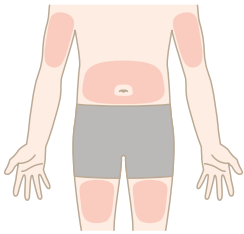
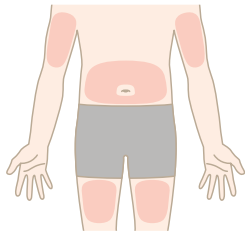
|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

|                           |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|---------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                       |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位            |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                       |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                     |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                     |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                       |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄養療法<br>(点滴)              |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                           | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                           | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                           |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                           | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                           | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし× | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                           | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                           | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)             |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排尿                        | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                           | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排便                        | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                           | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと            |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

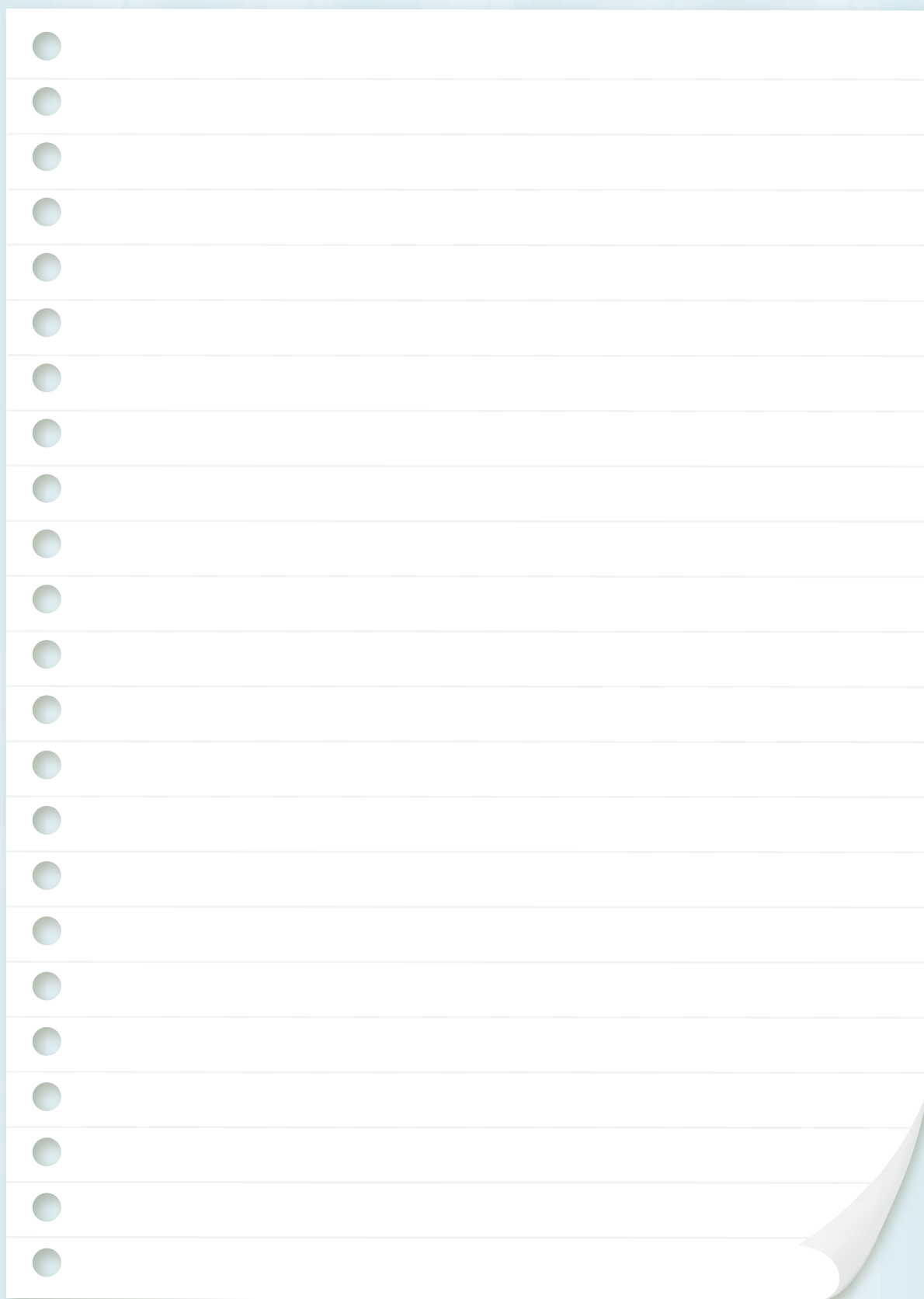
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

|                                      |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 付                                  |            | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                       | / ( )                                                                                         |
| レベスティブ投与時刻                           |            | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| レベスティブ<br>投与部位                       |            | <br>その他( ) | <br>その他( ) | <br>その他( ) |
| 腹 痛                                  |            | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                      |
| 体調/機嫌                                |            | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                             | ☹️ 1・2・3・4・5 ☺️                                                                               |
| 体重・身長                                |            | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                | kg<br>g ・ cm                                                                                  |
| 体 温                                  |            | ℃                                                                                           | ℃                                                                                           | ℃                                                                                             |
| 栄<br>養<br>療<br>法<br>(<br>点<br>滴<br>) |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
|                                      | 投与開始時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
|                                      | 投与終了時刻     | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                       | ( : )                                                                                         |
| 食事(栄養剤)/<br>食欲 あり○<br>なし×            | 朝          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 昼          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
|                                      | 夜          | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                           | ⊗                                                                                             |
| 水分摂取量(哺乳量を含む)                        |            | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>尿                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | 尿 量        | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                    | _____ mL                                                                                      |
| 排<br>便                               | 回数/オムツ交換回数 | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                     | _____ 回                                                                                       |
|                                      | ストーマ排液量/便量 | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                               | _____ mL<br>g                                                                                 |
| その他<br>気がついたこと                       |            |                                                                                             |                                                                                             |                                                                                               |

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                               | / ( )                                                                                 |
| ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                               | ( : )                                                                                 |
|    |    |    |    |
| その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                              | その他( )                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/>                                                              |
| ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                       | ☹ 1・2・3・4・5 ☺                                                                         |
| kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                        | kg<br>g · cm                                                                          |
| ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                   | ℃                                                                                     |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
| _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                          | _____ mL<br>( : )<br>( : )                                                            |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                            | _____ mL                                                                              |
| _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                             | _____ 回                                                                               |
| _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                       | _____ mL<br>g                                                                         |
|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                       |

# Memo

病気のことや治療のことで、不安に思っていること、分からないことがあれば、メモして、次回通院の際に主治医に聞いてみましょう。



# もしものときの連絡先

緊急時にすぐに連絡できるよう、主治医の先生や医療スタッフの方のお名前と連絡先をメモしておきましょう。

## 主治医の先生

お名前

連絡先

Tel :

Fax :

## 薬剤師さん

お名前

連絡先

Tel :

Fax :

## 看護師さん

お名前

連絡先

Tel :

Fax :

## 栄養士さん

お名前

連絡先

Tel :

Fax :

## ソーシャルワーカーさん

お名前

連絡先

Tel :

Fax :

お名前

連絡先

Tel :

Fax :



監修：田附 裕子 先生  
(大阪大学大学院医学系研究科  
外科学講座小児成育外科学 准教授)



# 注意が必要な副作用

レベスティブの投与期間中に体調の変化などを感じた場合は、すぐに主治医もしくは薬剤師、看護師にご連絡ください。

副作用は早期に発見し、適切な対応をとることが重要です。

## 胆のう、胆道障害

### ▶主な症状

※症状がない場合もあります

- 右の脇腹の痛み
- みぞおちの痛み
- 発熱
- 吐き気や嘔吐
- 黄疸

(皮膚や白目が黄色くなる)



## 膵疾患

### ▶主な症状

- 激しい腹痛
- 背部痛
- 吐き気や嘔吐
- 発熱



## うっ血性心不全

### ▶主な症状

- 息切れ
- 体重の増加
- 顔面、手足のむくみ
- 疲れやすい



## 腸閉塞・

## 消化管ストーマ合併症\*

### ▶主な症状

- 腹痛・お腹の強い張り
- 食欲不振
- 吐き気や嘔吐

\*消化管ストーマ合併症とは、ストーマが何らかの原因で大きくなったり、塞がれた状態をいいます。

## 消化管のポリープ・腫瘍

### ▶主な症状

※症状がない場合もあります

- 血便または黒色便
- 下血(おしりから血が出る)

医療機関名