クローン病の患者さんサポート情報のご案内

IBD LIFE

クローン病に関する情報サイトとして、日常生活に役立つヒントや、患者さんの体験談など、幅広いコンテンツをご紹介しております。

https://www.ibd-life.jp/

トレムフィア®.jp

トレムフィア®に対する理解を深め、正しくご使用いただけるよう、トレムフィア®をご使用になるクローン病患者さんとご家族に向けた情報を提供しております。

https://www.tremfya.jp/

トレムフィア®自己注射投与動画

自己注射を正しく実施するために、トレムフィア®を自己注射される患者さんとご家族に向けた動画を配信しております。

クローン病　患者さん向け

医療機関名

TRM-0322
TRM.Pt250.3
2026年7月作成

©Janssen Pharmaceutical K.K. 2025-2026

ヤンセンファーマ株式会社

Johnson&Johnson

トレムフィア®／クローン病

トレムフィア®を使用されている患者さんへ

クローン病　治療日記

vol.　　年　月　日 ～　　年　月　日

監修：渡辺　守 先生
順天堂大学　大学院医学研究科　特任教授

クローン病 治療日記を お使いになる方へ

この日記は、あなたの体調の変化を記録していくことで、
クローン病に対するトレムフィア®の治療効果を確認しつつ、
副作用の早期発見・対処のための大切な情報となります。

トレムフィア®は導入期の治療として初回、4週目、8週目に
点滴注射または皮下注射で投与します。

16週目からは皮下注射を8週間隔で投与します。
症状によって、12週目から皮下注射を4週間隔で投与することもあります。

きちんと投与スケジュールを守って治療を続けることが、
クローン病の上手なコントロールにつながります。

あなたの体調のパラメーターとして、ぜひこの治療日記をご活用ください。

この治療日記は半年間続けてお使いいただけます。
トレムフィア®投与日に、主治医や看護師、薬剤師と
共有しましょう。

目　次

トレムフィア®による治療と投与部位……4

トレムフィア®による治療と投与スケジュール……6

トレムフィア®による治療中に注意すること……8

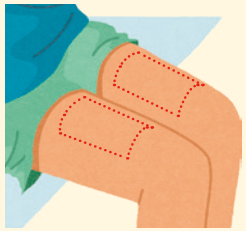
治療目標を設定しましょう……12

治療日記の使い方……14

トレムフィア®による治療と投与部位

トレムフィア®は、治療開始時（導入期の治療）には点滴注射または皮下注射によって治療が行われます。
そして、治療継続時（維持期の治療）には皮下注射を用いて治療が行われるお薬です。

皮下注射は、自宅などでの自己注射※が可能です
主治医により自己注射の適用が妥当と判断された場合に限ります。
（詳細はp.6をご確認ください）
※自己注射はトレムフィア®皮下注200mgシリンジ、皮下注200mgペンに限ります。

	点滴注射	皮下注射*		
		おなか（下腹部） −おへその周囲5センチの範囲は避けて投与します−	 太ももの前側（大腿部）	二の腕（上腕部）の外側 （患者さんご自身による注射は避けてください。主治医や看護師、薬剤師から適切な指導を受けたご家族は注射可能です。）
導入期の治療	○	○	○	○
維持期の治療	−	○	○	○
所要時間	最低60分	−	−	−

【皮下脂肪が少ない（痩せた）患者さんの場合】　• トレムフィア®皮下注200mgペンを使用する際は、下腹部へ注射します。

＊ 同じ部位に繰り返して投与しないようにします。

トレムフィア®による治療と投与スケジュール

① 導入期の治療として初回、4週目、8週目に点滴注射または皮下注射で投与します。

② 16週目からは皮下注射を8週間隔で投与します。症状によって、12週目から皮下注射を4週間隔で投与することもあります。

点滴注射 医療機関で主治医や看護師によって投与されます。

皮下注射 主治医により自己注射※の適用が妥当と判断された場合に、自宅などでの自己注射※も可能です。

※自己注射はトレムフィア® 皮下注 200mg シリンジ、 皮下注 200mg ペンに限ります。

医療機関

自　宅

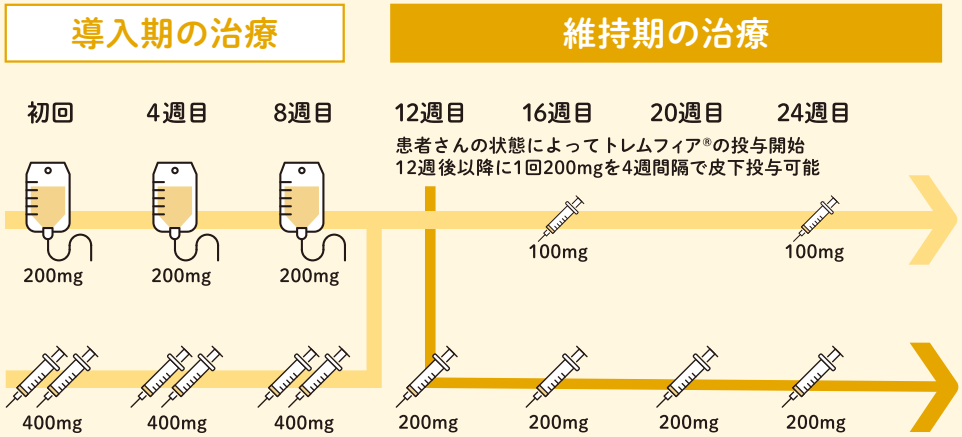
（下腹部もしくは大腿部へ自己注射可能です）

自己注射を正しく実施するためには、あらかじめ主治医の管理指導のもとで十分な説明と指導を受け、自己注射の手順を習得する必要があります。

皮下注射は、自宅などでの自己注射※が可能です

主治医により自己注射の適用が妥当と判断された場合に限ります。
（詳細はp.6をご確認ください）

※自己注射はトレムフィア® 皮下注 200mg シリンジ、皮下注 200mg ペンに限ります。



トレムフィア®による治療中に注意すること

トレムフィア®の投与中には、下記のような副作用に注意してください。
このような症状がみられた場合は、次回の診察を待たずに早めに主治医や看護師、薬剤師に連絡してください。

特に注意が必要な副作用

重篤な感染症

- 過去に治療した結核が再び悪化したり（咳が続く、発熱など）、肺炎などの重い感染症を発症する可能性があります。
- 重篤な感染症が発症した場合には、感染症が完治するまで、トレムフィア®の投与を中止します。

重篤な過敏症（アナフィラキシーなど）

- トレムフィア®投与後、30分以内に起こることが多く、かゆみ、蕁麻疹などのアレルギー症状に似た症状や、声のかすれ、くしゃみ、のどのかゆみ、息苦しさ、心臓の動きがいつもより早く感じる、意識が薄れてくる、などの症状があります。

肝機能障害

- 倦怠感、食欲不振、発熱、黄疸、発疹、かゆみ、吐き気などの症状がみられる場合があります。

その他の主な副作用

頭　痛

感染症（気道感染、白癬菌、単純ヘルペスなど）

下　痢

関節痛

注射部位反応

など

トレムフィア®による治療中に注意すること

日常生活での注意点

- トレムフィア®は、体の中で免疫の一部の働きを弱める作用があるため、治療中には病原体やウイルスとたたかう力が弱くなる可能性があります。
- トレムフィア®による治療を行っている間は、以下のことに注意してください。

感染症対策

- □ 風邪やインフルエンザなどの感染症から体を守るために、外出先から戻ったら、うがい・手洗いを行いましょう。
- □ 感染症の流行期や人混みの中ではマスクを着用しましょう。

ワクチン接種

- □ 主治医にご相談の上、流行期の前にインフルエンザワクチンを接種しましょう。
- □ BCG、麻疹、風疹、おたふく風邪、みずぼうそう、などの生ワクチンの接種は避けましょう。接種が必要なときには、主治医にご相談ください。

その他

- □ 妊娠または授乳を希望される方は、主治医にご相談ください。

日常生活上の留意点

- □ 栄養バランスのよい食事を規則正しく摂りましょう。
  自分の体に合った食品を把握しておきましょう。
  体調が悪い時には、食事の内容や量を調節しましょう。
- □ できるだけストレスのない生活を心掛けましょう。
  自分に合ったストレス解消法をみつけ、
  体にも疲れをためないように心掛けてください。
- □ 睡眠を十分にとりましょう。
- □ タバコは控えましょう。
- □ 治療日記をつけ、気になることは主治医や看護師、薬剤師に相談しましょう。

トレムフィア®に関する詳細な情報は、
小冊子「トレムフィア®を使用される患者さんへ
−トレムフィア®によるクローン病治療について−」を
合わせてご参照ください。

治療目標を設定しましょう

- クローン病は、症状がある「活動期」と症状が治まった「寛解期」を繰り返すことが特徴です。
- そのため、症状を抑え、あなたのやりたいことを実現しながら、再燃を予防するためにも、治療をしっかり継続することが重要です。
- 長期にわたる治療継続へのモチベーションのひとつとして、あなたがイメージする「なりたい自分」に向けて、実現できそうな目標を立ててみましょう。
- そして、目標が達成できたら、また次の目標を立て、前向きに治療に取り組んでいきましょう。

【記入例】

注　射	目　標	結　果	
		目標の到達度	全体的な体調
1 回目	7 月 2 日 週末のランニングを実施	土曜日に実施	とても良い ～ とても悪い
2 回目	8 月 27 日 通勤時は 1 駅分歩く	日曜日の外出も含め、計6日間は歩いた	とても良い ～ とても悪い
3 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い

【治療の目標を記入してみましょう】

注　射	目　標	結　果	
		目標の到達度	全体的な体調
1 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
2 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
3 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
4 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
5 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
6 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
7 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
8 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
9 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い
10 回目	月　日		とても良い ～ とても悪い

治療日記の使い方

【記入例】

1 週目：投与　1 回目（投与日：2025 / 7 / 2）

投与部位：　(下腹部)　大腿部　上腕部*

日付	7/2	7/3	7/4	7/5	7/6	7/7	7/8
体温	36.4	36.2	36.1	37.3	37.2	36.3	36.5
体重	54.2	54.3	54.1	54.2	53.9	54.0	53.9
便の性状	2	4	3	3	2	1	2
血便の有無	1	1	2	2	1	1	1
排便回数	1	2	3	3	2	1	1
腹痛の程度	1	2	2	4	3	1	1
咳・痰				あり	あり		
その他風邪症状				鼻水			
1週間前と比べて							
全体的な体調	とても良い						とても悪い
1週間の振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便

※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある

※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

1. 投与回数と投与日、投与部位を記入してください。
2. 日付を記入してください。
3. 体温を記入してください。
4. 体重を記入してください。
5. 便の性状を、日記下部の※1を参考に記入してください。
6. 血便の有無を、日記下部の※2を参考に記入してください。
7. 排便回数を記入してください。
8. 腹痛の程度を、日記下部の※3を参考に記入してください。
9. 咳や痰があれば記入してください。
10. その他の風邪症状があれば記入してください。
11. 1週間前と比べて体調はどうであったか、気が付いたことを記入してください。
12. 全体的な体調について、当てはまるところに○を付けてください。
13. 体調はどうであったかなど、1週間を振り返って自由に記入してください。
14. その他、何か気になったことや、次回主治医に相談したいことなど、なんでもメモしてください。

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	/	/	/	/	/	/	/
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度

週目：投与　　回目（投与日：　　/　　/　　）

投与部位：　下腹部　大腿部　上腕部*

日　付	／	／	／	／	／	／	／
体　温							
体　重							
便の性状							
血便の有無							
排便回数							
腹痛の程度							
咳・痰							
その他 風邪症状							
1週間前と 比べて							
全体的な 体調	とても良い						とても悪い
1週間の 振り返り							
メモ欄							

＊ 患者さんご自身による注射は避けてください。

※1 便の性状は、以下から数字を記入してください。
　1:有形普通便　2:有形軟便　3:泥状便　4:水様便
※2 血便の有無は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:明らかな粘血便ではないが、肉眼的に血液の混入が確認できる　3:明らかな粘血便がある
※3 腹痛の程度は、以下から数字を記入してください。
　1:なし　2:時々気になる程度　3:いつも気になる程度　4:がまんできない程度