

日付	/	/	/	/
目標の達成状況	%くらい	%くらい	%くらい	%くらい
痛みの程度 (想像できる最も強い痛みを 10)	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 想像できる最も強い痛み</p>
ふだんの活動への影響 (例：仕事、勉強、睡眠、家事、余暇活動等)	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 少し問題がある <input type="checkbox"/> 中程度の問題がある <input type="checkbox"/> かなり問題がある <input type="checkbox"/> できない
服薬状況	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ服用できた <input type="checkbox"/> 半分以上できた <input type="checkbox"/> ほとんど服用できなかった
体調や気になったことなど				

※ 毎日記録する必要はありませんが、できるだけ継続してください。

※ この手帳は通院の際に持参し、医師にみせるようにしましょう。

※ 副作用など気になることがあればすぐに主治医に相談してください。

