

記録用

心不全手帳

受診される際はこの手帳をお持ちください



監修：清水心不全治療連携の会



あなたの情報を記載しておきましょう

あなたの情報

氏名

生年月日

住所

電話番号

☆ 緊急連絡先 ☆

氏名

あなたとの関係

住所

電話番号



<医師記入欄>



<医師記入欄>





心不全の治療を受けている医療機関

通院先 ①

病院名

主治医名

通院先 ②

病院名

主治医名

通院先 ③

病院名

主治医名





利用している介護施設など

利用先 ①

施設名

スタッフ名

利用先 ②

施設名

スタッフ名

利用先 ③

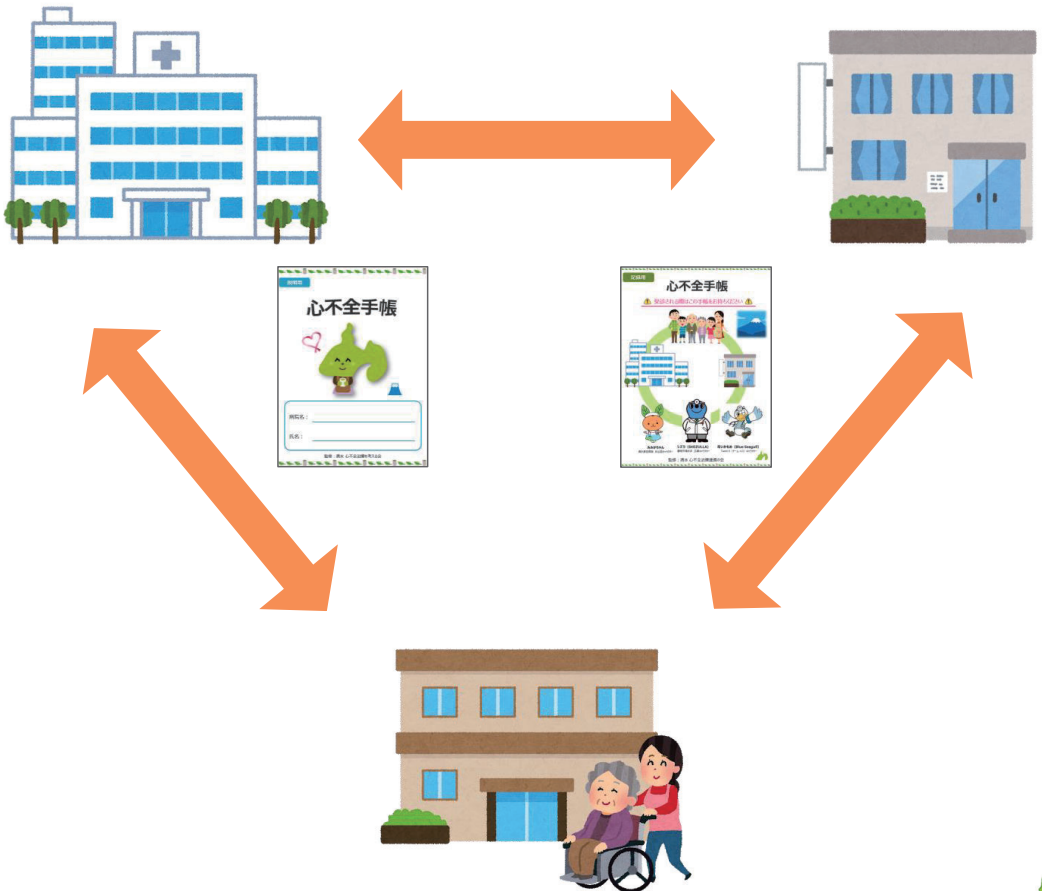
施設名

スタッフ名



心不全手帳の使い方

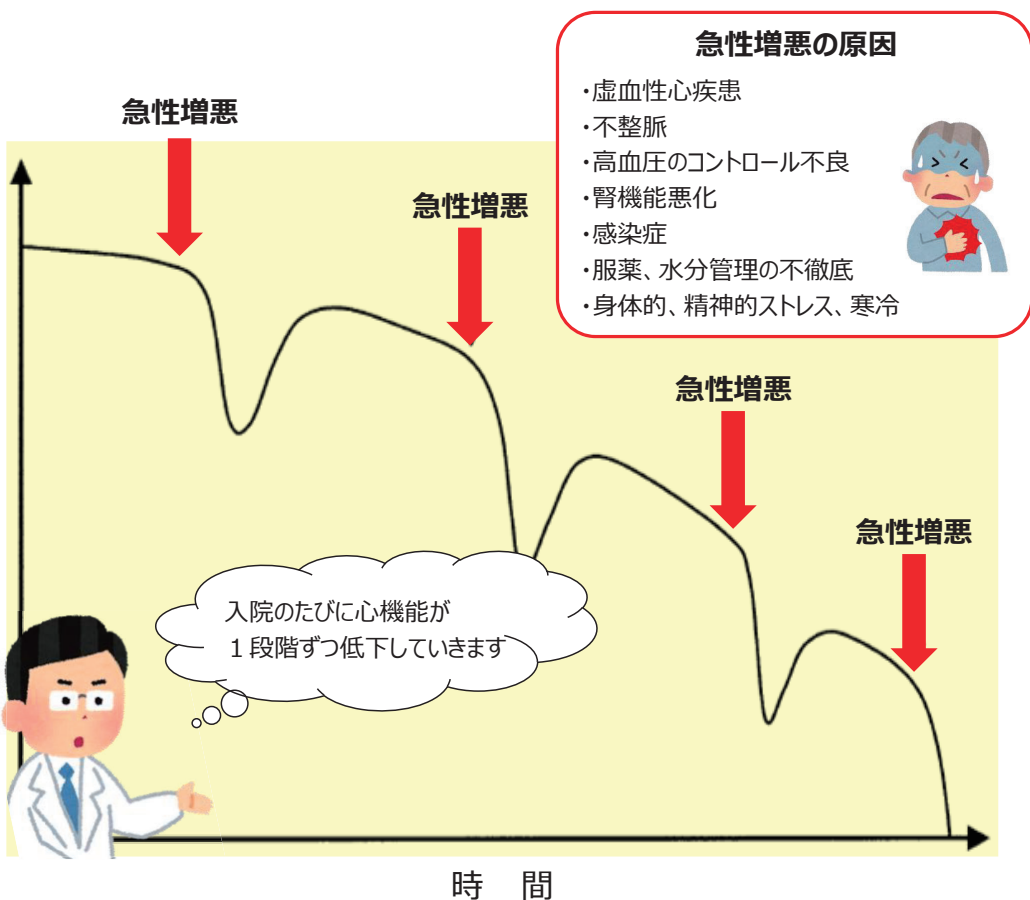
心不全治療の目的は、心不全の悪化やそれによる再入院を予防することです。そのためには、自身の状態を把握し自己管理することが重要です。この手帳に記載された情報は、病院や診療所はもちろん、施設や介護職を含めた地域全体で共有し、連携して心不全の悪化・再入院予防という共通の目的のために使用します。



患者さん・ご家族の方へ

心不全をそのままにすると、更に悪化してしまいます。
少しでも軽くするためには、毎日の服薬継続と生活の管理がとても大切です。

心不全の悪化を予防するためには、患者さんにご家族の方々が協力しながら生活していくことが大切です。



心不全が悪くなったときの症状

!

今すぐ救急車を呼んでください

- 横になると息苦しくて、起き上がると楽になる
- 胸痛や冷や汗が出て苦しい
- 脈が急に速くなり気を失いそうになる

!

すぐに受診してください

- 体重が数日で 2 kgほど増えている
- 足がむくんできている
- 少し歩くと息切れがしてしんどい
- 夜になると息苦しくて眠れない
- 咳や痰がよくでる
- 食欲がない
- お腹がむくんではった感じがする
- 1日にトイレに行く回数が減った



体重測定について

心不全が悪くなると、血液のめぐりが悪くなり、体に水分が溜まって体重が増えます。体重の増加は、心不全の悪化徴候を早期に発見する手がかりとなります。毎日測りましょう。



※ 体重測定は朝の排尿後が望ましいです

● 受診の目安となる体重 ●

現在の体重	kg
理想体重	kg

※理想体重の「計算式：身長（m）×身長（m）×22

相談や受診の目安	kg
	または kg 増加



数日で体重が 2 kg ほど増えているときは
早めにかかりつけ医を受診するようにしましょう



血圧測定について

高血圧は心不全を悪化させる原因になります。
血圧を適正に維持するよう毎日測定しましょう。

正しい血圧測定方法

- 起床後 1 時間以内で朝ご飯を食べる前など、ゆっくりしているときに測りましょう
- 連続して 2 回測定し、その平均があなたの血圧です
- 腕の位置は心臓と同じ高さで測りましょう



↓ あなたの目標血圧は…

	家庭血圧	診察室血圧
チェック <input type="checkbox"/> 若年・中年 前期高齢者	135/85mmHg 未満	140/90mmHg未満
チェック <input type="checkbox"/> 後期高齢者 (75歳以上)	145/85mmHg 未満 (目安) <small>(忍容性があれば135/85mmHg未満)</small>	150/90mmHg未満 <small>(忍容性があれば140/90mmHg未満)</small>
チェック <input type="checkbox"/> 糖尿病	125/75mmHg 未満	130/80mmHg未満
チェック <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (蛋白尿陽性)	125/75mmHg 未満 (目安)	130/80mmHg未満
チェック <input type="checkbox"/> 脳血管障害 冠動脈疾患	135/85mmHg 未満 (目安)	140/90mmHg未満

(高血圧治療ガイドライン2014 より)





お薬をしっかり飲みましょう

お薬は心不全の状態や原因に合わせて処方されています。状態が落ち着いているからといって、自分の判断で中止することのないようにしてください。

お薬を出された通りに服用しないことで、心不全の状態が悪くなって再入院する回数が増えたり、寿命を短くしたりすることがわかっています。医師や薬剤師の指示通りに内服することが大切です。

お薬による副作用が気になる時には、医師や薬剤師に相談しましょう。

チェック

- お薬を飲み忘れた時は、気付いた時に服用しましょう
- 自己判断で中止しないようにしましょう
- 食事を摂らない時の服用については、主治医の先生に相談しましょう
- 受診する時はお薬手帳を忘れないようにしましょう





飲水制限について

水分を摂りすぎると、全身の血液量が増えてしまうため、心臓に負担がかかります。

1日にとってよい水分量はどの位か、医師に確認しておきましょう（心不全の状態や季節によって変わることがあります）。



但し、中には水分制限の必要がないお薬もあります。サムスカ®（トルバプタン）という利尿薬を服用している場合は、のどが渴いたら、水分を摂るようにしましょう。詳しくは医師に確認しましょう。

飲水制限は必要ですか？



私は、サムスカ®というお薬を

服用 しています ・ していません

※ ○で困っておきましょう



毎日の記録

練習のために入院中も記録しましょう



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		木	金	土	日	
		/	/	/	/	
体重		kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付		【記入例】	月	火	水	
		6 / 6	/	/	/	
体重		60.1 kg	kg	kg	kg	
血圧	朝	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
	夕	1回目	130 / 72	/	/	/
		2回目	128 / 70	/	/	/
脈拍	朝	65				
	夕	70				
症状	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	むくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疲れやすさ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬		朝 昼 夕 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



日付			木	金	土	日
			/	/	/	/
体重			kg	kg	kg	kg
血圧	朝	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
	夕	1回目	/	/	/	/
		2回目	/	/	/	/
脈拍	朝					
	夕					
症状	息切れ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	むくみ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疲れやすさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲低下		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬			朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	朝 昼 夕 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>





通院の記録



検査日	/	/	/
入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
<input type="checkbox"/> BNP [pg/mL]			
<input type="checkbox"/> NT-proBNP [pg/mL]			
血清アルブミン [g/dL]			
AST (GOT) [U/L]			
ALT (GPT) [U/L]			
総コレステロール [mg/dL]			
中性脂肪 [mg/dL]			
HDLコレステロール [mg/dL]			
LDLコレステロール [mg/dL]			
尿素窒素 (BUN) [mg/dL]			
血清クレアチニン [mg/dL]			
eGFR [mL/分/1.73m ²]			
血清ナトリウム [mEq/L]			
血清カリウム [mEq/L]			
HbA1c [%]			
ヘモグロビン (Hb) [g/dL]			
BMI (Body Mass Index)			
メモ			



検査日	/	/	/
入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
<input type="checkbox"/> BNP [pg/mL]			
<input type="checkbox"/> NT-proBNP [pg/mL]			
血清アルブミン [g/dL]			
AST (GOT) [U/L]			
ALT (GPT) [U/L]			
総コレステロール [mg/dL]			
中性脂肪 [mg/dL]			
HDLコレステロール [mg/dL]			
LDLコレステロール [mg/dL]			
尿素窒素 (BUN) [mg/dL]			
血清クレアチニン [mg/dL]			
eGFR [mL/分/1.73m ²]			
血清ナトリウム [mEq/L]			
血清カリウム [mEq/L]			
HbA1c [%]			
ヘモグロビン (Hb) [g/dL]			
BMI (Body Mass Index)			
メモ			



検査日	/	/	/
入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
<input type="checkbox"/> BNP [pg/mL]			
<input type="checkbox"/> NT-proBNP [pg/mL]			
血清アルブミン [g/dL]			
AST (GOT) [U/L]			
ALT (GPT) [U/L]			
総コレステロール [mg/dL]			
中性脂肪 [mg/dL]			
HDLコレステロール [mg/dL]			
LDLコレステロール [mg/dL]			
尿素窒素 (BUN) [mg/dL]			
血清クレアチニン [mg/dL]			
eGFR [mL/分/1.73m ²]			
血清ナトリウム [mEq/L]			
血清カリウム [mEq/L]			
HbA1c [%]			
ヘモグロビン (Hb) [g/dL]			
BMI (Body Mass Index)			
メモ			



検査日	/	/	/
入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
<input type="checkbox"/> BNP [pg/mL]			
<input type="checkbox"/> NT-proBNP [pg/mL]			
血清アルブミン [g/dL]			
AST (GOT) [U/L]			
ALT (GPT) [U/L]			
総コレステロール [mg/dL]			
中性脂肪 [mg/dL]			
HDLコレステロール [mg/dL]			
LDLコレステロール [mg/dL]			
尿素窒素 (BUN) [mg/dL]			
血清クレアチニン [mg/dL]			
eGFR [mL/分/1.73m ²]			
血清ナトリウム [mEq/L]			
血清カリウム [mEq/L]			
HbA1c [%]			
ヘモグロビン (Hb) [g/dL]			
BMI (Body Mass Index)			
メモ			



連絡事項

～ 医療スタッフ 情報交換用ページ ～



医療スタッフ伝達事項欄

日付： 2018/6/1

記載者： 訪問看護部
○○○○

宛先： △△医師

連絡事項

血圧と脈拍は安定していましたが、
体重が2kgほど増加しています。
塩分の取り過ぎがあるようです。

連絡事項を確認したら
チェックを入れてください

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済



医療スタッフ伝達事項欄

日付：

記載者：

宛先：

連絡事項

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済



医療スタッフ伝達事項欄

日付：

記載者：

宛先：

連絡事項

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済



医療スタッフ伝達事項欄

日付：

記載者：

宛先：

連絡事項

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済

日付：

記載者：

宛先：

確認済



メモ



「もしものとき」の 医療・ケアについての 生前の意思表示

～リビング・ウィル～



「もしものとき」の医療に対する希望



「もしものとき」とは、不慮の事故や病気の悪化、あるいは老衰などにより「できる限りの治療をしても、回復する見込みがなく、生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」です。

そのとき、あなたはどんな医療を受けたいのか、受けたくないのか、「生前の意思表示（リビング・ウィル）」として書き残しておくことが大切です。

あなた自身で判断できなくなったとき、主に大切なご家族や主治医の参考になると思われます。

わが国では法律によって決まっているわけではありませんが、「自己決定権の尊重」を表す1つの手段として、厚生労働省などから出ているガイドラインや指針に従い、医療従事者はリビング・ウィルを尊重してくれるようになりました。

書き方・使い方

リビング・ウィルは、現在の意思表示であり、その内容は**常に変更・撤回できます**。また、この希望に**法的な意味はありません**。

誕生日や記念日などで定期的に見直し、考えが変わるような出来事があったときは書き直してみましょう。

記入日は必ず明記し、本人の署名捺印も必要です。

※ 生前の意思表示（リビング・ウィル）

… 自分が受ける終末期医療についての要望と自分の最期について意思表示したもの。



～ このページは大切に保管しておきましょう ～

基本的な希望

- ① 痛みや苦痛について
- できるだけおさえてほしい (必要なら鎮静剤を使ってもよい)
- 自然のままでもいい
- ② 最期を迎えたい場所は
- 病院 自宅 施設 病状に応じて

「もしものとき」の希望

- ① 胸部圧迫などの心肺蘇生
- 希望する 希望しない 今はわからない
- ② 人工呼吸器の装着
- 希望する 希望しない 今はわからない
- ③ 人工透析の開始
- 希望する 希望しない 今はわからない
- ④ 経管栄養（胃ろう、鼻チューブ）
- 希望する 希望しない 今はわからない
- ⑤ 点滴治療
- 希望する 希望しない 今はわからない

その他の希望や家族に伝えておきたいこと

[]

ご本人署名 _____

代筆者署名 _____

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日





シズラ (SHIZULLA)
静岡市清水区 広報キャラクター



みみかちゃん
清水厚生病院 非公認キャラクター



青いかもめ (Blue Seagull)
Team S (チーム・エス) キャラクター

心不全手帳『記録用』第1版
発行：一般社団法人静岡市清水医師会
監修：清水心不全治療連携の会
<http://www.shinfuzen.net/>

