

Kesimpta Diary

ケシンプタが処方される患者さん、
ご家族のみなさまのために

多発性硬化症 (MS) は、治療せずに放っておくと、多くの場合で再発と寛解を繰り返し、体の機能の障害が徐々に進行してしまうことも少なくありません。

MSと診断されても、今の生活スタイルを崩さず、これからもずっとアクティブな生活を送れるようにするためには、“**早いうち**”から再発を防ぎ、進行させないための治療をきちんと行うことが大切です。



(新たな症状が出る、
既存の症状が悪化する)



〈イメージ図〉



ケシンプタは、MS患者さん※の再発を
予防し、障害の進行を抑えることが期待
できるお薬です。

あなたの今の生活をこれからも続けて
いくために、ケシンプタの治療をきちんと
行ってください。

本冊子は、ケシンプタの治療を忘れない
ようにするためのダイアリーです。
主治医とのコミュニケーションにもお役
立てください。

あなたが今後やりたいと願うことが実現
できるよう、多発性硬化症の治療を
一緒に続けていきましょう。

※：再発寛解型のMS患者さん、
疾患活動性を有する二次性進行型のMS患者
さん

ケシンプタ投与後の 体調を「ダイアリー」でチェック

ケシンプタを投与した時の詳細や、投与中に生じた気になる症状・変化、診察時に主治医に直接伝えられなかったことなども記録できる、

「自己投与管理ダイアリー」をご用意しました。

毎回きちんと記録することで、体調の自己管理だけでなく、効果や副作用なども含めて、今後の治療方針の参考にもなりますので、ケシンプタの自己投与が終わったら**必ず記録**して、**受診日に主治医にお見せください。**

毎回、自己投与が終わったら、きちんと記録しましょう！

- ケシンプタ投与日
- 投与部位（おなか、太もも、二の腕）
- 皮下投与実施者（本人、本人以外）
- 投与後の体調
〔注射に伴う全身反応〕
（発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 など）の有無
- 投与部位の状態（「注射部位反応」の有無）
- その他気になる症状
- 次回投与予定日

など



なお、「注射に伴う全身反応」（発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 など）や、「注射部位反応」（赤い、腫れている、痛い、かゆい など）のほかにも、**いつもと違う気になる体調の変化がみられた場合は、**次回の受診日を待たずに主治医に相談してください。

自己投与管理ダイアリー 記入例

ケシンプタ 投与日	2025年 9月 5日(金)	皮下投与 実施者	○本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位を○で囲む</p>	<p>投与部位は毎回変 (前回の投与部位から3cm以上離れた場所)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位を避けてください。</p>	<p>皮下投与実施者を○で囲む</p>
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、嘔吐、下痢などについて… 問題ない / 症状あり()	<p>投与後24時間以内にいつもと違う体調の変化があった場合は具体的に記録</p> <p>体が少しだけだるい</p>	
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆいなどについて… 問題ない / 症状あり(おなかの周りが少し赤くてかゆい)		
その他 気になる症状	気になる症状があれば記録	投与部位に何らかの変化があった場合は具体的に記録	
次回投与予定日	4週後の2025年10月 3日(金) 予定	次回投与予定日を忘れないように記録	

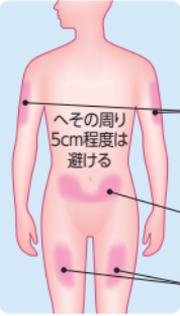
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいことなどを記録
9/6 (土)	体のだるさと、体が熱い感じ (37.1℃) がする。
9/9 (火)	体がまだだるくて、会社を休む。念のため病院に連絡した。
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>へその周り 5cm程度は 避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、 患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

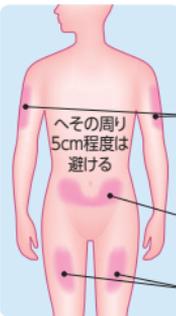
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> </div> </div> <p>へその周り5cm程度は避ける</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

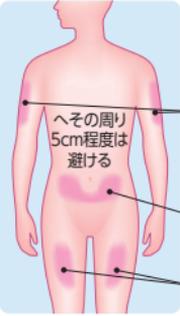
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	 <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

- 投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> <p>へその周り 5cm程度は 避ける</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

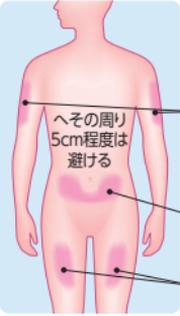
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

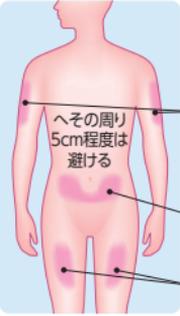
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕)</p> <p>腹部 (おなか)</p> <p>へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) <small>だいたい</small></p> <p>鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

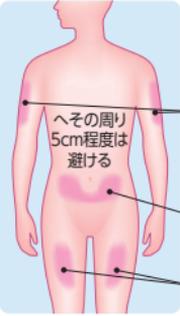
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕)</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

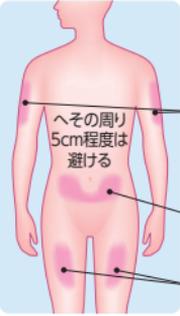
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>へその周り 5cm程度は 避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、 患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

- 投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> <p>へその周り 5cm程度は 避ける</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

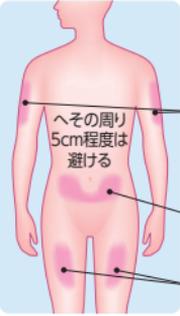
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕)</p> <p>腹部 (おなか)</p> <p>へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) <small>だいたい</small></p> <p>鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

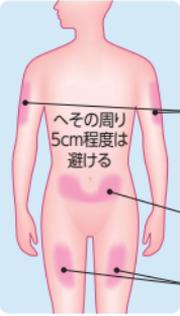
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

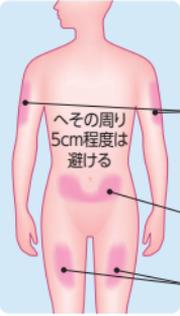
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

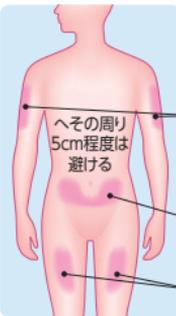
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> <p>へその周り 5cm程度は 避ける</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

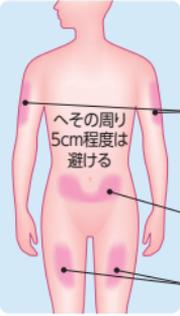
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	 <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

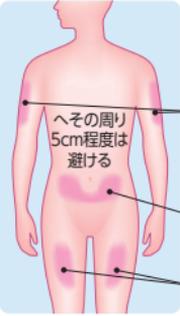
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕)</p> <p>腹部 (おなか)</p> <p>へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) <small>だいたい</small></p> <p>鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

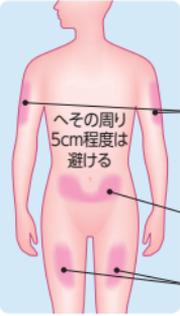
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

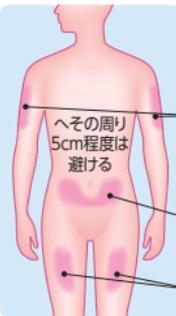
- 投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

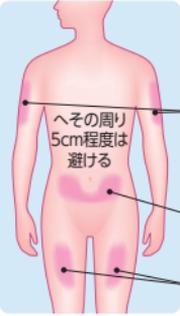
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	 <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>上腕部の外側 (二の腕)</p> <p>腹部 (おなか)</p> <p>へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) <small>だいたい</small></p> <p>鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が 投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は 避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、 大腿部の外側・内側は 避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

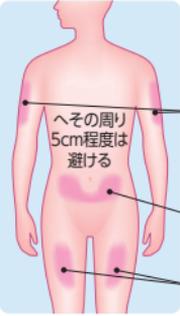
●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>上腕部の外側 (二の腕) 「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>腹部 (おなか) へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>大腿部 (太もも) 鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタ 投与日	20 年 月 日 ()	皮下投与 実施者	本人 / 本人以外
投与部位 (○で囲んでください)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>投与部位は毎回変更してください (前回の投与部位から 3cm以上離れた場所に投与すること)</p> <p>「上腕部の外側」は、ご家族の方など、患者さんご本人以外の方が投与される場合に限られます。</p> <p>へその周り5cm程度は避ける</p> <p>へその周り5cm程度は避けて投与してください。</p> <p>鼠径部や膝に近い部位、大腿部の外側・内側は避けて投与してください。</p> </div> </div>		
投与後の体調 (投与後24時間以内)	発熱、頭痛、筋肉痛、寒気、疲労 などについて… 問題ない / 症状あり ()		
投与部位の状態	投与部位が赤い、腫れている、痛い、かゆい などについて… 問題ない / 症状あり ()		
その他 気になる症状			
次回投与予定日	週後の20 年 月 日 () 予定		

●投与日以降～次回投与日の間で、気になる体調の変化や主治医に伝えたいことがあれば記録しましょう

記録日	体調の変化、主治医に伝えたいこと など
/ ()	
/ ()	
/ ()	

ケシンプタの投与日を「年間スケジュール」でチェック

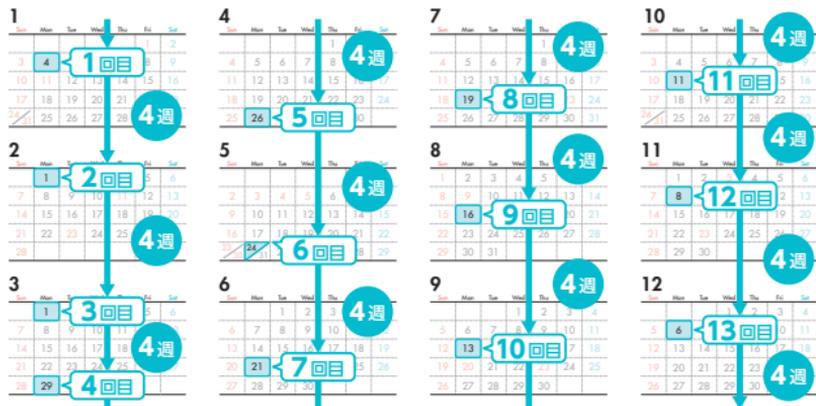
次回のケシンプタの投与日や受診日を忘れないようにするために、主治医と一緒に使用できる「年間スケジュール」もご用意しました。

●ケシンプタの投与スケジュール

ケシンプタは、まずは初回・1週後・2週後・4週後に、4週後以降（維持期）は4週間ごとに、ペン1本分を皮下投与します。ペンを投与部位に押し付けることで投与が完了する、手順が簡便な“ペン型”の薬剤です。



●投与開始4週後以降（維持期）の年間投与スケジュール一例 イメージ図



この場合、投与開始4週後以降（維持期）は、**年間13回**の治療スケジュールとなります



年間スケジュール 記入例

1月	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体のだるさがある
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2月	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8			
9			
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14			
15			
16			
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30			
31			

予定や気になること、体調の変化を
記入する等使い方は自由です

主治医とともに、次回のケシンプタの
投与日を記入しましょう

次回の受診日も忘れないよう、
記入しましょう

旅行

年間スケジュール (20) 年

1月	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2月	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

年間スケジュール (20) 年

5月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

年間スケジュール (20) 年

9月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

年間スケジュール (20) 年

1月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

年間スケジュール (20) 年

5月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

年間スケジュール (20) 年

9月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12月			
	受診日	投与日	メモ
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ケシンプタに関するお薬情報や自己投与方法などは、
こちらからご覧いただけます！



<https://www.okusuri.novartis.co.jp/kesimpta>

多発性硬化症に関する情報やお役立ち情報などは、
下記webサイトでご覧いただけます！



多発性硬化症.jp

多発性硬化症.jp

検索

医療機関名

不明な点やわからないこと、さらに詳しく知りたいことなどがありましたら、
遠慮なく主治医・薬剤師の先生におたずねください。