目でみるダイアリー

監修：NTT東日本関東病院 皮膚科 部長　五十嵐 敦之先生

アムジェン株式会社

医療機関名

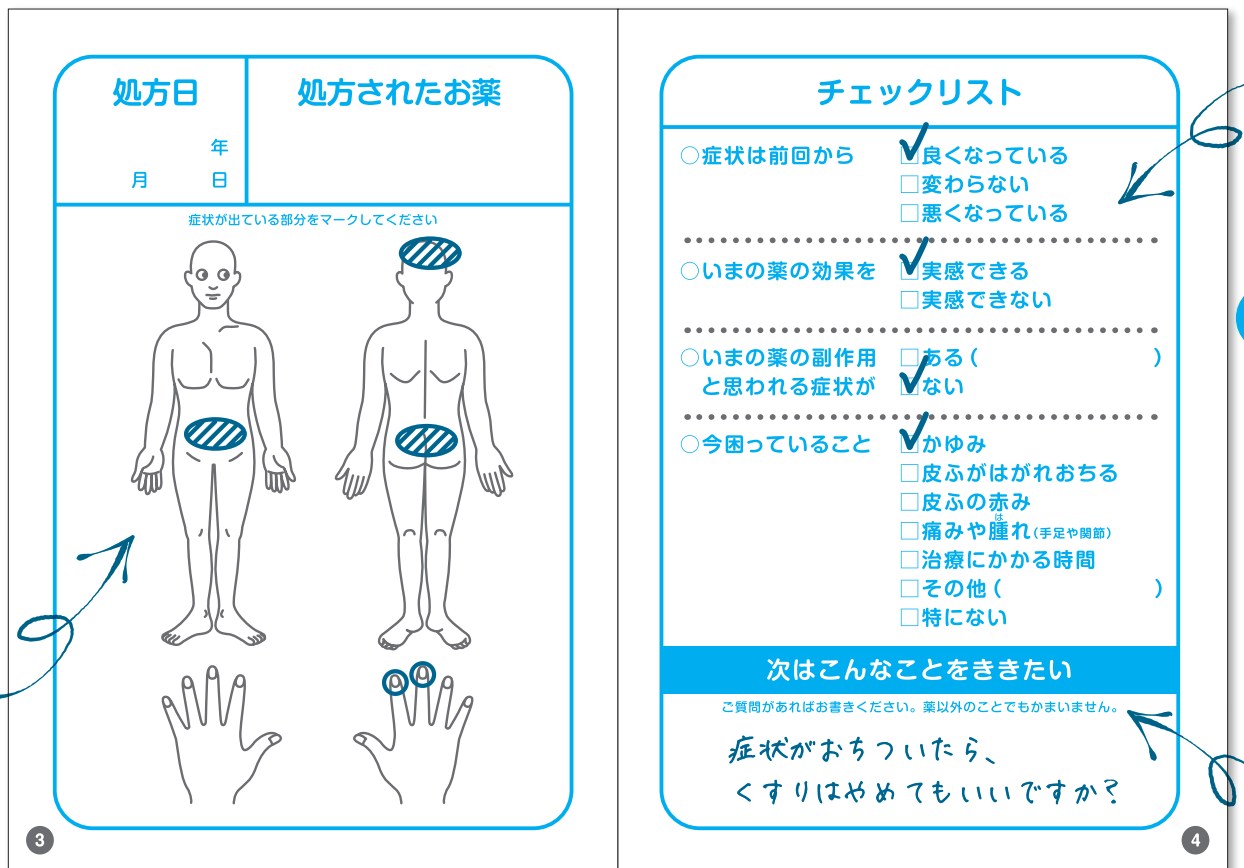
OTZ201005TQ1
2020年7月作成

「目でみるダイアリー」の使い方ガイド

毎回の受診時や薬局訪問時に記入し提示ください。
症状の変化やお悩みなど、何でもお気軽にご相談ください。

＊主治医、看護師、薬剤師などと一緒に記入していただいてもかまいません。

1 いま症状が出ている箇所を赤ペンなどで印をつけましょう!



2 チェックを入れていきましょう!

3 患者さんからの通信欄です。質問や症状の変化など、お気軽に記入いただき、次回、先生や薬剤師にきいてみましょう。

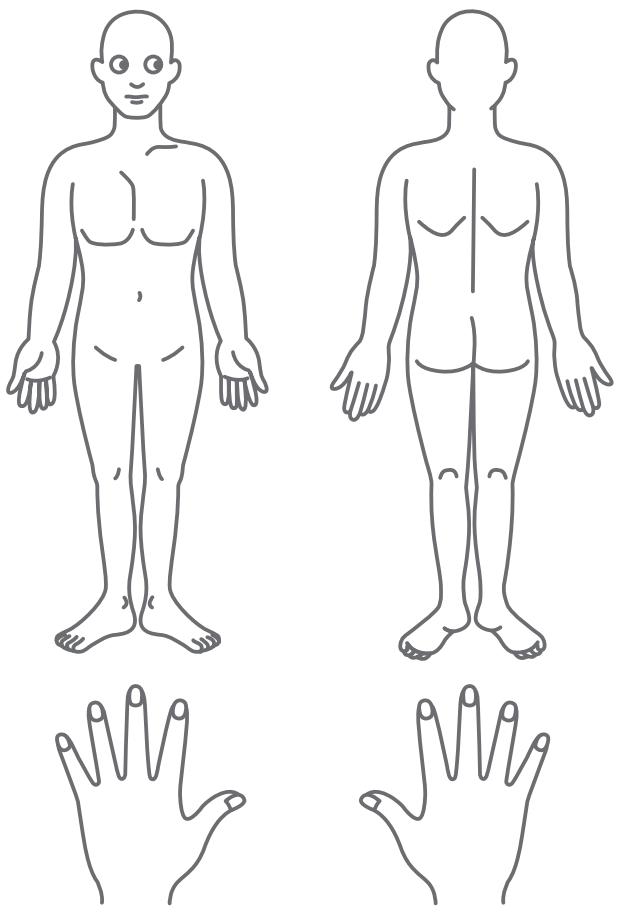
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

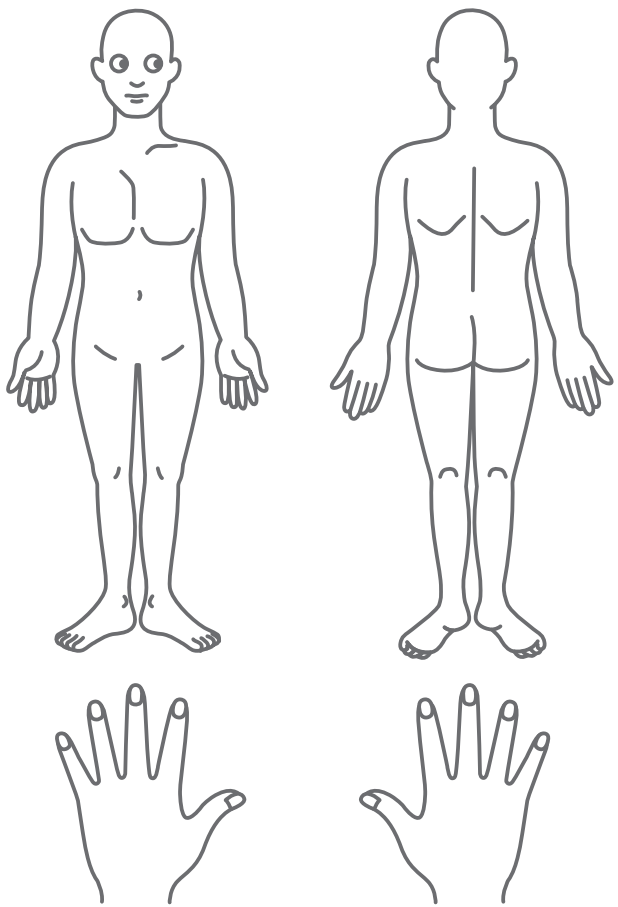
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

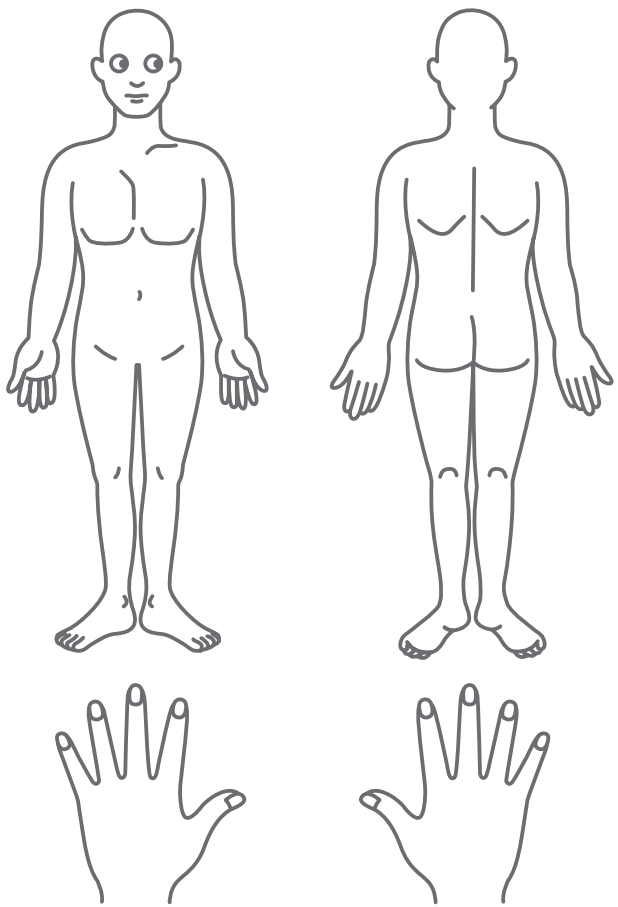
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

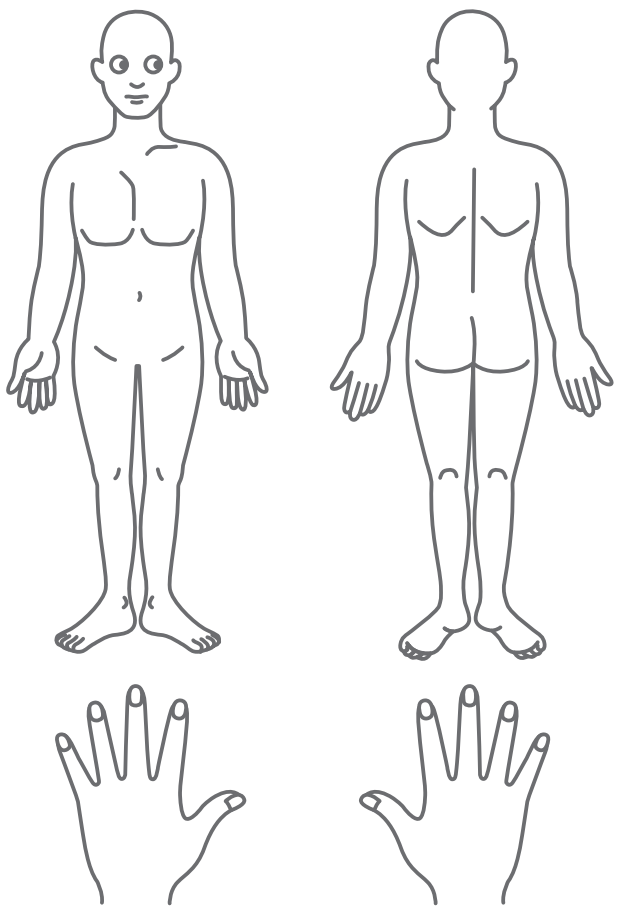
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

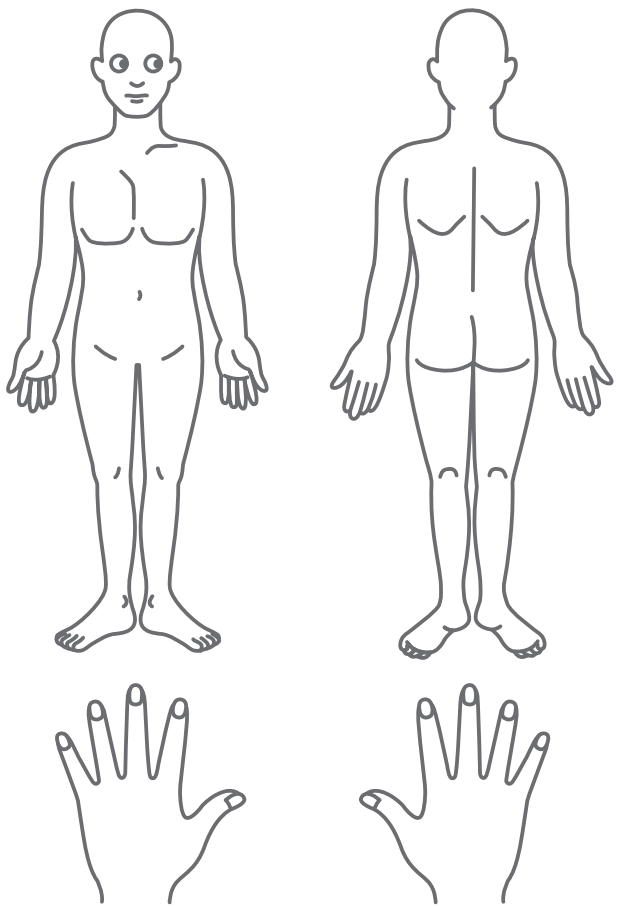
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

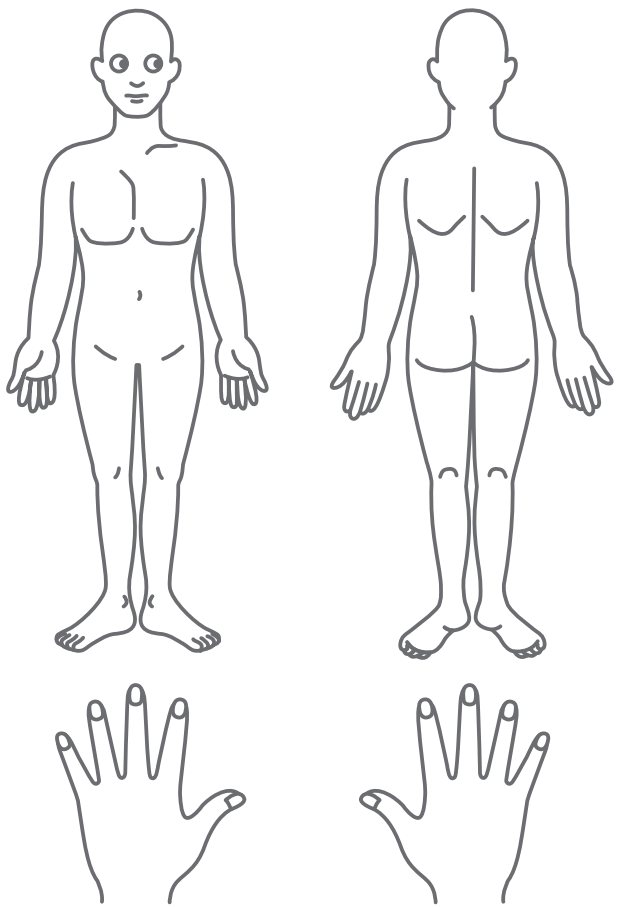
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

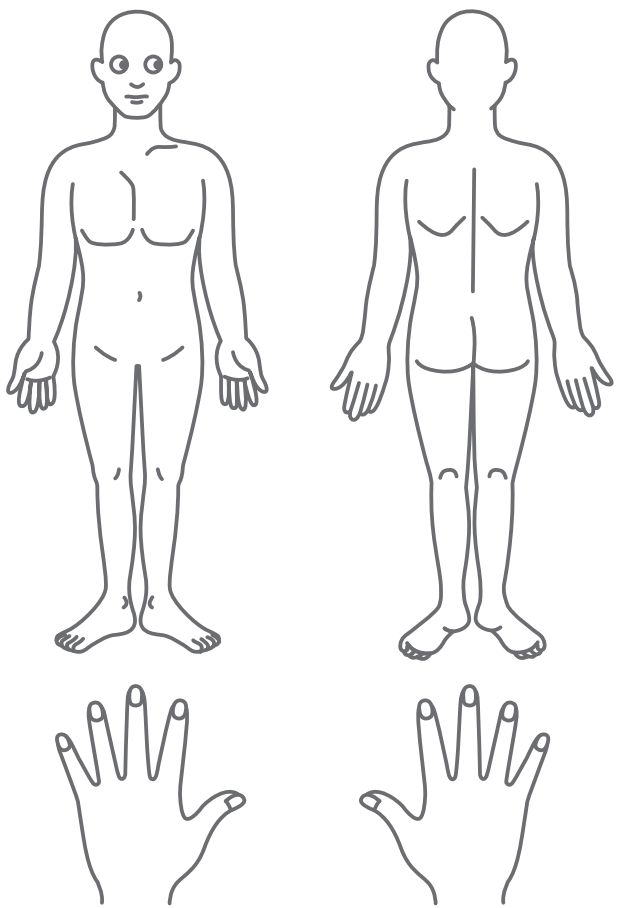
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

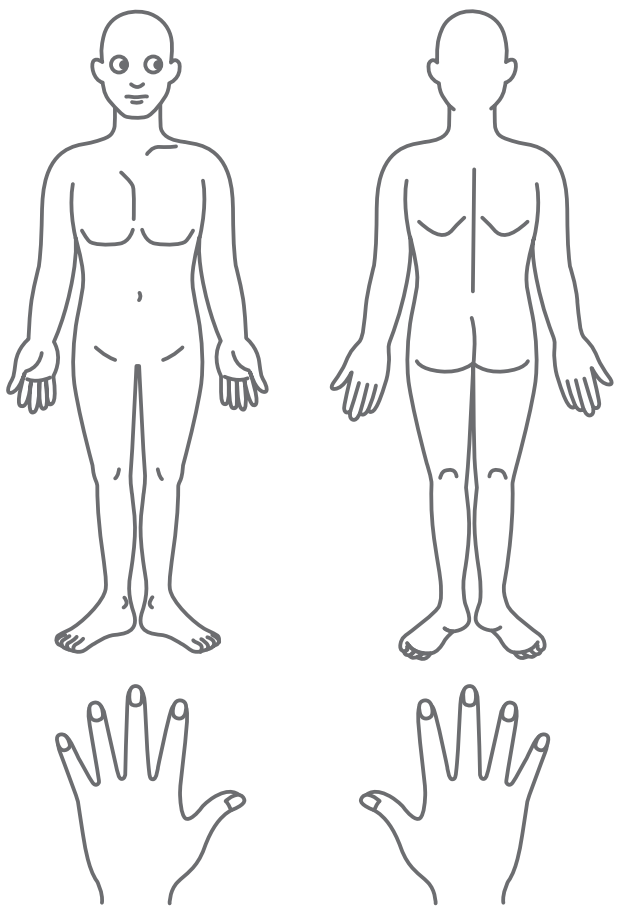
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

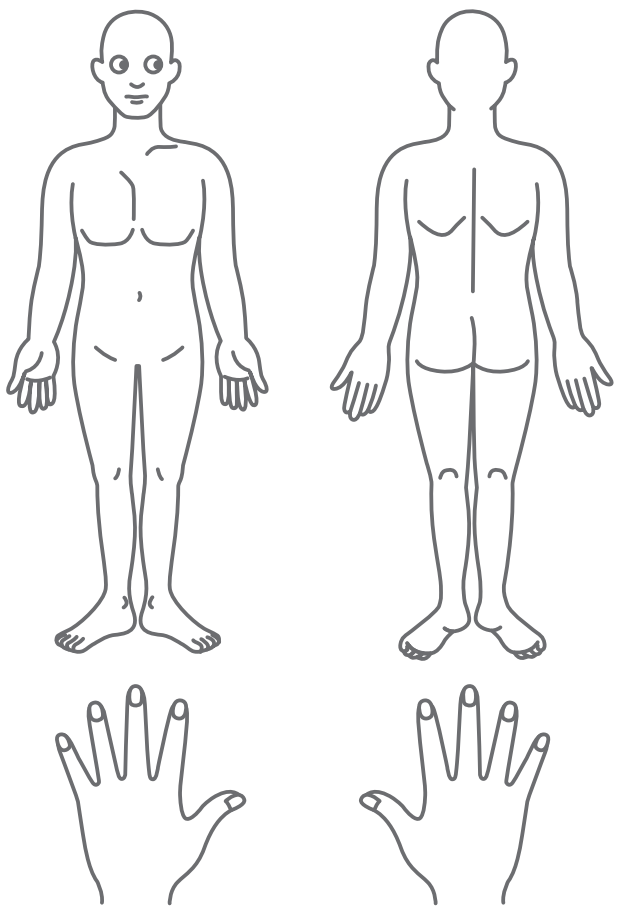
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

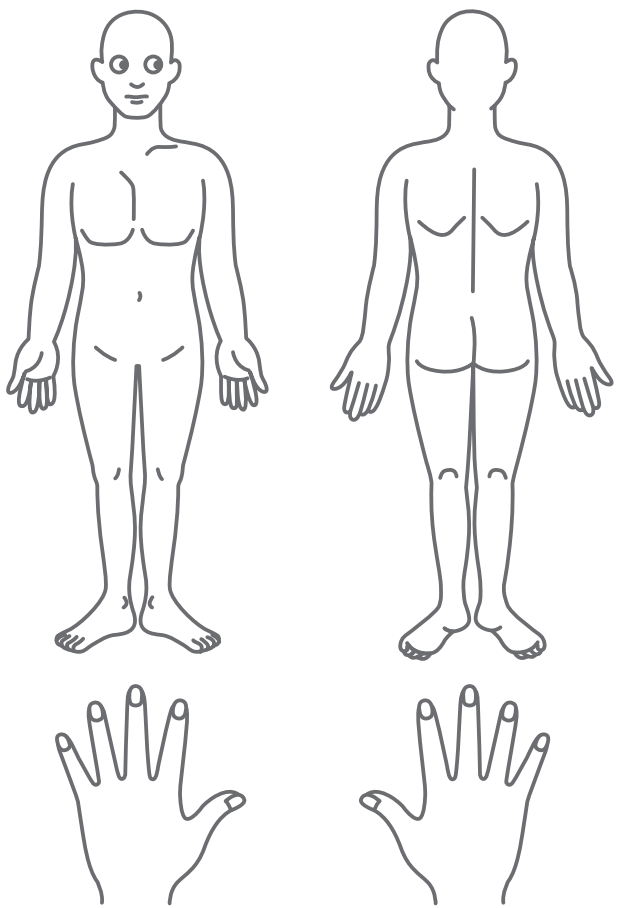
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

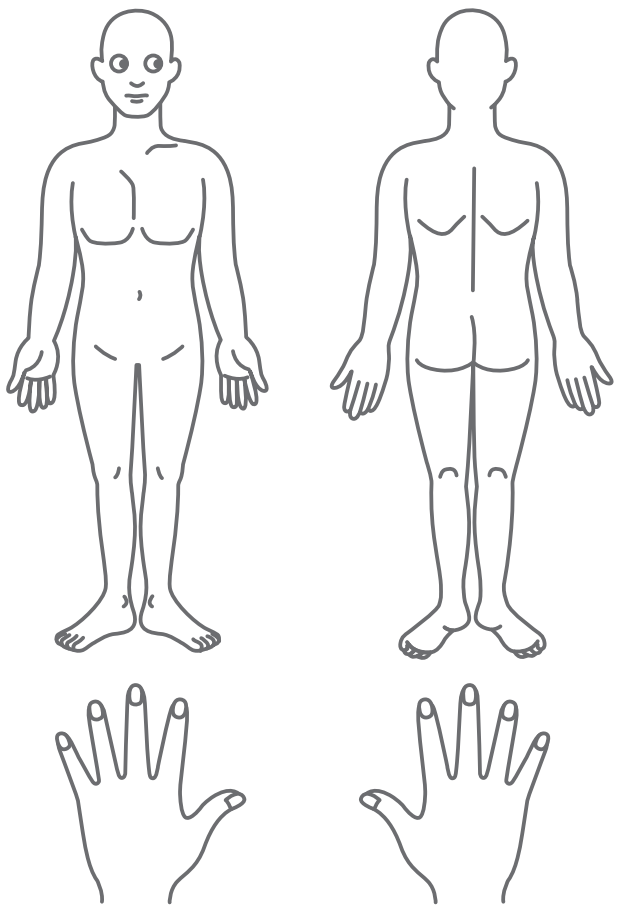
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。

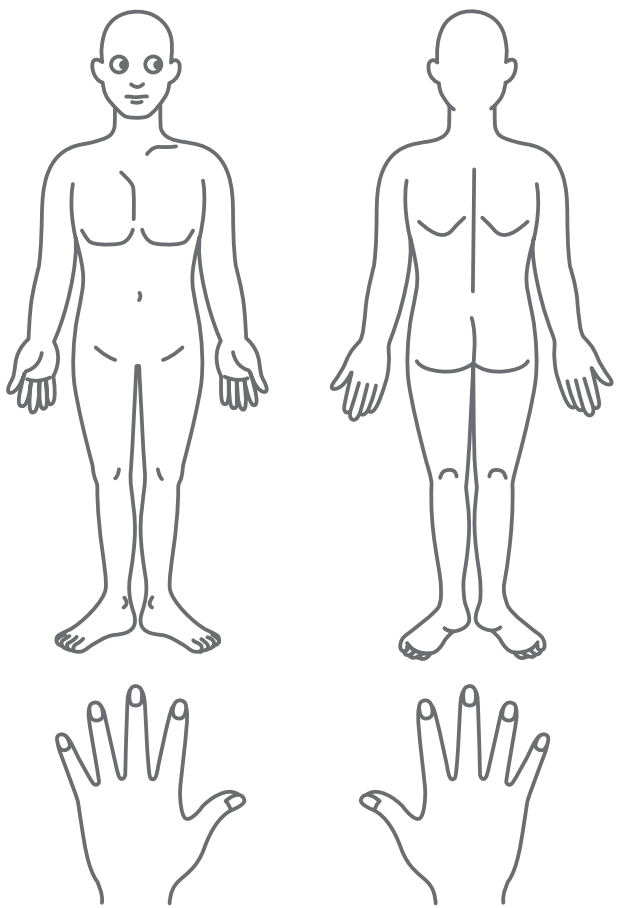
処方日

年

月　　日

処方されたお薬

症状が出ている部分をマークしてください



チェックリスト

○症状は前回から
- □良くなっている
- □変わらない
- □悪くなっている

○いまの薬の効果を
- □実感できる
- □実感できない

○いまの薬の副作用と思われる症状が
- □ある（　　）
- □ない

○今困っていること
- □かゆみ
- □皮ふがはがれおちる
- □皮ふの赤み
- □痛みや腫(は)れ（手足や関節）
- □治療にかかる時間
- □その他（　　）
- □特にない

次はこんなことをききたい

ご質問があればお書きください。薬以外のことでもかまいません。