

低身長症 在宅自己注射の予定・実施表 兵庫医科大学病院 小児科外来 【患者さん用】



*患者さん氏名

様 カルテNO

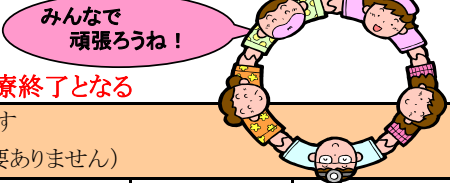
注射種類【

主治医

平成18年10月改定

治療年数	年 1ヶ月	年 2ヶ月	年 3ヶ月	年 4ヶ月	年 5ヶ月	年 6ヶ月	年 7ヶ月	年 8ヶ月	年 9ヶ月	年 10ヶ月	年 11ヶ月	年12ヶ月
年齢	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月	才 ヶ月
月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

達成目標
 1. 治療について理解出来、安心して安全に在宅注射が出来る
 2. スケジュール通りの注射が出来る
 3. 月1回受診し、状況報告・受薬することが出来る
 4. 定期検査を受けることが出来る 検査内容は、手骨の写真(年に1回) 血液検査(年に3回)で、その他必要時に行い、効果判定・副作用のチェックを受けることが出来る
 5. 副作用が無い(頭痛・骨・関節痛・発疹・注射部位異常・肝機能障害・耐糖障害・甲状腺機能低下) **【終了基準】骨端線が閉じ、骨年齢が暦年齢に達したときが治療終了となる**



注射
 *注射の量は体重によって変わります(体重×0.175が1週間の注射量です) *注射薬は必ず予約ノートに記載してください *2年に1回ペンの交換を行います
 *使用済みの針は病院へ持参下さい(家庭ごみには捨てないで下さい) *注射針を忘れずお持ち帰り下さい (ノルディをお使いの方には必要ありません)

検査	<input type="checkbox"/> 身長 cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm	<input type="checkbox"/> Cm
	<input type="checkbox"/> 体重 kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> Kg
	血液検査	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()	<input type="checkbox"/> 定期・他()
	X-P(骨年齢)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	記入者サイン続柄												

自宅での治療状況確認のためご記入をお願いします	注射の量	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	()×()日 ()mg/週	
	副作用の有無	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	
	準備をする人	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	
	注射をする人	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	父・母・本人・他	
	実施時間	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	食後・眠前・眠後	
	注射部位	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()	臀部・大腿・腹部 腕・他()
	注射部位の異常	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
	打てなかった日	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
	ペン操作の問題	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
	痛みについて	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()	なし・あり()
	児・家族の受入れ	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	
	食事について	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	
	運動について	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	
睡眠について	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難	良・普・難		
困ったこと 気になること 学校、保育所のことなど何でも記入してください														

