

## 真性多血症に関する情報はコチラ



- 真性多血症の色々なことが分かるサイト「骨髓増殖性腫瘍.net」  
<https://www.gan-kisho.novartis.co.jp/mpn-info>

真性多血症を含む骨髓増殖性腫瘍の患者さんに、病気について理解を深めていただくことを目的として、情報を提供しています。真性多血症患者さんに起こりやすい症状をチェックできるシートがありますので、一度ご自身の症状を確認してみてください。

## 骨髓増殖性腫瘍患者・家族会からのお知らせ



- 骨髓増殖性腫瘍患者・家族会(MPN-JAPAN)サイト  
<http://mpn-japan.org>

真性多血症を含む骨髓増殖性腫瘍は普段なかなか同じ病気を抱える患者さんに出会う機会の少ない希少疾患ですが、患者会では同じ病気で悩んだ経験を持つ患者さん・現在悩んでいる患者さんと出会えます。

一人で悩まずに、まずは同じ病気を抱える先輩患者さんに話を聞いてみてください。

## 患者・家族会の活動内容や、 この病気に詳しい先生の情報はコチラ



- MPN-JAPAN活動内容や医学顧問など紹介ページ  
<http://mpn-japan.org/aboutus.html>

## 連絡先(医療機関・薬局)

ノバルティス ファーマ株式会社

JAK00065GG0008  
2022年4月作成

## 真性多血症と診断された方・ご家族の方へ

# 真性多血症 ハンドブック

## 病気の基礎から検査、治療の話まで



監修 桐戸 敬太 先生 山梨大学医学部血液・腫瘍内科

# 目 次

## は じ め に

真性多血症は、骨髄増殖性腫瘍の一部で、赤血球の過剰な増加を特徴とする「慢性的な血液の腫瘍」です。直ちに生命に影響することは、まれですが、病気の進行に伴い血液が濃くなるため、血液の流れが悪くなり、さまざまな症状がみられるようになります。心筋梗塞や脳卒中といった命を脅かすような合併症を引き起こすこともあります。また、体のだるさ、入浴後のかゆみといった全身の症状により、日々の生活に支障を来すようになります。

そのため、真性多血症の治療では、心筋梗塞や脳卒中などの血栓症の発症を予防するとともに、さまざまな症状を緩和することが目標となります。患者さんの多くは、治療によって症状の緩和がみられ、通常の日常生活を送ることができます。目標を達成するには、病気を正しく理解して、適切な治療を受けることが大切です。

そこで、真性多血症に関する基本的知識をまとめた「真性多血症ハンドブック」を作成しました。ご自身の病気への理解を深めるために、本冊子をご活用いただければ幸いです。

### I 真性多血症とは

病気の起ころの仕組み	4
病気の特徴	5
血栓症について	6

参考 生活習慣病の管理と同様に血液細胞の量を管理することが重要です。… 7

病気によってみられる症状	8
--------------	---

### II 真性多血症の検査

血液検査	10
遺伝子検査	11
骨髄検査	11

### III 真性多血症の治療

治療の目標	12
治療の決め方	13

参考 これらの症状を、年齢や体調のせいだと思っていませんか?  
～真性多血症による特徴的な10症状とは～ 14

参考 真性多血症患者さん用 症状チェックシート 16

参考 骨髄増殖性腫瘍 症状評価フォーム 18

コラム 患者さん自身でも症状を評価して伝えることの重要性 20

瀉血療法	21
------	----

薬物療法	21
------	----

### IV 日常生活における注意点

日常生活で心がけること	22
-------------	----

ご家族や周囲の方々へ	23
------------	----

参考 高額療養費制度 24

参考 その他の医療費サポート制度 26

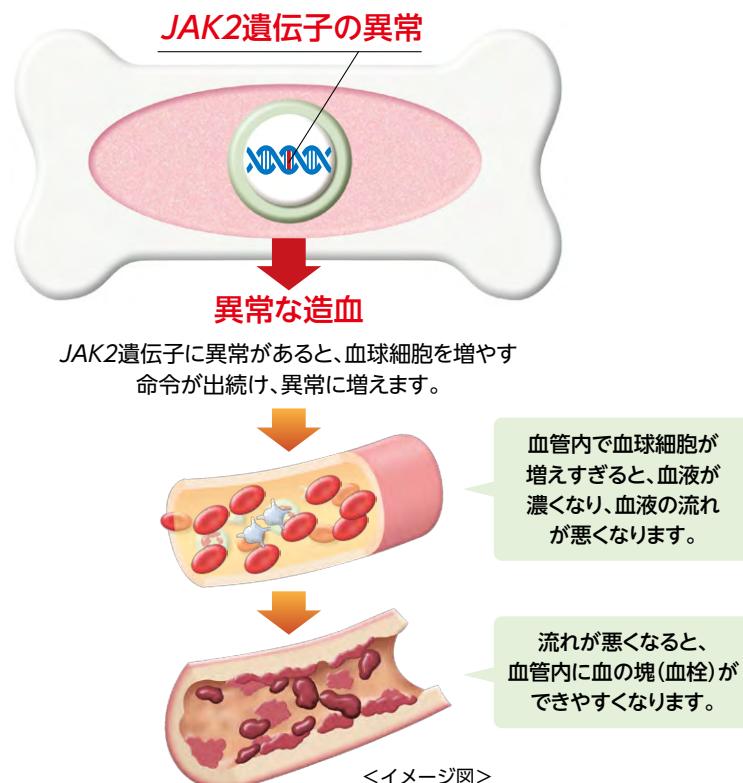
# I 真性多血症とは

## 病気の起こる仕組み

真性多血症は、JAK2遺伝子の異常によって、血液細胞が異常に増えてしまう病気です。

### ● 真性多血症における造血

JAK2遺伝子変異があると、血液が増えたり、ときに減ったりします。

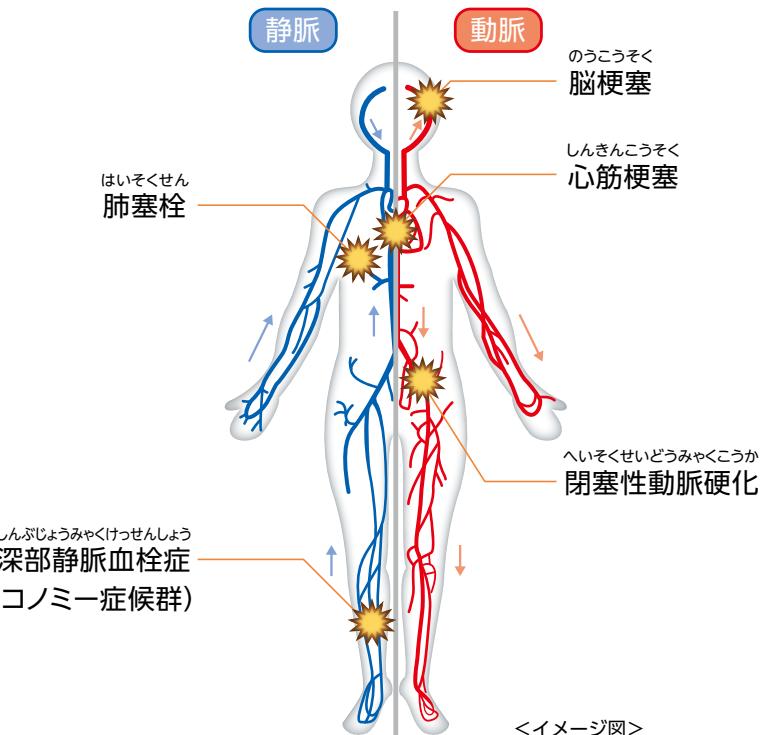


## 病気の特徴

- JAK2遺伝子に異常が生じることで発症します。
- 年間発症頻度は、人口10万人あたり2人程度と推定されます<sup>1)</sup>。やや男性に多く、50歳～60歳に診断のピークがみられます。
- 多くの場合、赤血球だけでなく、血小板や白血球も増加します。
- 無治療でいると血栓症などの合併症により生命が脅かされるようになるため、診断後は血栓症の発症を抑える治療を行います。
- 経過中に、急性白血病や骨髄線維症など、まれに移行することがあります。

1) 小松則夫. 日本内科学会雑誌 2007; 96: 1382-1389.

### ● 主な血栓症の種類と血栓が詰まる場所



# 血栓症について

真性多血症では、血栓症が起きやすくなっています。

病気により「脳梗塞」「心筋梗塞」「深部静脈血栓症(エコノミー症候群)」などの血栓症の発症リスクが高くなっているため、しっかりと治療しましょう。

## ● 血液細胞の量でみた血栓症の発症リスク



あなたのヘマトクリット値はいくつですか? ▶ %

\*日本のガイドラインでは、瀉血後のヘマトクリット値は45%未満にコントロールすることが推奨されています。

### 参考



あなたの白血球数はいくつですか? ▶ /mm<sup>3</sup>



あなたの血小板数はいくつですか? ▶ 万/mm<sup>3</sup>

## 参考

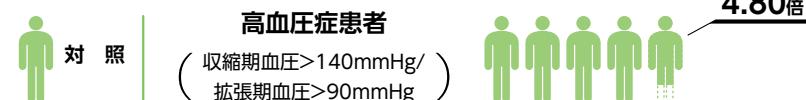
生活習慣病の管理と同様に  
血液細胞の量を管理することが重要です。

一般的に、生活習慣病では血栓症が起きやすいとされ、血栓症を起こさないように目標値以下に治療することが重要とされています。

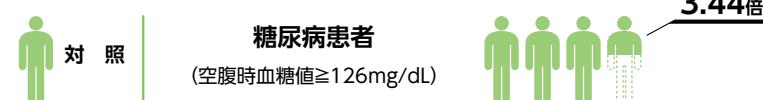
真性多血症患者さんも、生活習慣病における目標値の管理と同様、それぞれの血液細胞の量を目標値以下に管理することが重要となります。

## ● 生活習慣病における血栓症(心筋梗塞)の発症リスク

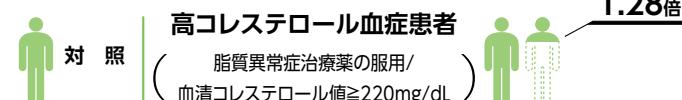
### 高血圧症



### 糖尿病



### 高コレステロール血症



方法: 初発の心筋梗塞患者1,925例と年齢、性別を一致させた対照2,279例を比較した。

Kawano H et al. Circ J 2006; 70: 513-517.より作成

# 病気によってみられる症状

血液細胞が多くなることで、さまざまな症状が起きます。

病気の状態を把握するために、症状を定期的に評価することが大切です。

下記のような症状がないか、確認してみましょう

- 頭痛（片頭痛）・めまい
- チカチカ光る（閃輝暗点）
- 指先のピリピリ感（肢端紅痛症）
- 赤ら顔（顔面紅潮）
- 耳鳴り など

## 循環障害



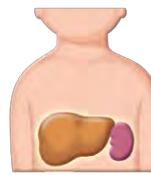
- 胸痛・胸が苦しい
- 動悸・冷や汗
- ろれつが回らない など

## 血栓形成



## 肝腫大・脾腫

- 肝臓や脾臓が腫れる
- お腹の不快感（腹部不快感） など



<イメージ図>

## その他

- 全身のかゆみ
- 高血圧
- 消化性潰瘍 など



症状を定期的に評価することで、病気の進行や命に危険を及ぼす合併症などに気づきやすくなります。

## 命に危険を及ぼす合併症や疾患

### 合併症

- 脳梗塞・心筋梗塞などの血栓症
- 脳出血や消化管出血などの出血性疾患

### まれに移行することがある疾患

- 急性白血病
- 骨髄線維症

また、「診断時の脾腫」や「治療中の白血球数 $\geq 1万/mm^3$ 」だと急性白血病や骨髄線維症に移行しやすいと報告されていますので、特に注意が必要です。

## II 真性多血症の検査

### 血液検査

血液の濃さを評価するために血液細胞(赤血球、白血球、血小板)の量を確認します。

#### ●血液細胞の量の目安

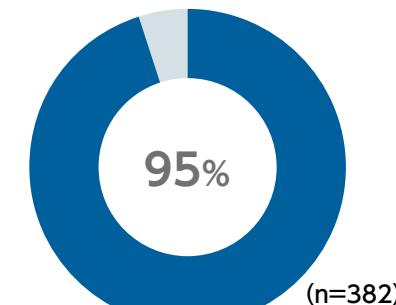


\*日本のガイドラインでは、瀉血後のヘマトクリット値は45%未満にコントロールすることが推奨されています。

### 遺伝子検査

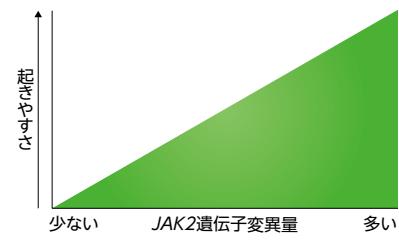
正確に真性多血症を診断するために血液を採取して、遺伝子検査を実施します。

- JAK2遺伝子異常がある真性多血症患者さん



Klampfl T et al. N Engl J Med 2013; 369: 2379-2390.

- JAK2遺伝子変異の量が多い場合、「血栓症」「出血」「骨髄線維症への移行」が起きやすくなるため、さらに注意が必要です。



Bertozzi I et al. Ann Hematol 2017; 96: 1297-1302. より作成

### 骨髄検査

正確な診断を実施するため、または骨髄線維症や急性白血病への移行が疑われる場合に骨髄検査を実施することがあります。



### III 真性多血症の治療

#### 治療の目標

治療では、血栓症の発症を抑えること、症状を緩和しQOL(生活の質)を維持することが目標となります。

- 血栓症の発症を抑える
- 症状を緩和しQOLを維持する



真性多血症における治療の主な目的は、血栓症などの予後に影響を及ぼす合併症の予防であり、主に赤血球などの血液細胞の量をコントロールする治療を行います。

また、かゆみなどの症状がみられる場合は、症状を緩和しQOLを維持するための治療もあわせて行います。

#### ● 血液細胞の量の目安



\*1 日本のガイドラインでは、瀉血後のヘマトクリット値は45%未満にコントロールすることが推奨されています。

#### 治療の決め方

年齢や血栓症の既往と発症リスクなどを総合的に検討した上で治療法を選択します。



\*2「血栓症の発症リスク」では、一般的に血栓症の発症リスクと考えられている『高血圧』『糖尿病』『脂質異常症』『肥満』などを検討します。

治療の中心は「瀉血療法」や「薬物療法」です。

血栓症の発症リスクが高い場合は「細胞減少療法」を併用します。ご自身がどのリスクに当てはまるかチェックしてみましょう。

#### ● 真性多血症における血栓症のリスク分類

低リスク	高リスク
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 年齢&lt;60歳</li> <li>● 血栓症の既往なし</li> <li>● 血小板数&lt;150万/<math>\mu</math>L</li> <li>● 心血管病変の危険因子(喫煙、高血圧、うつ血性心不全)がない</li> </ul> <p>以上のすべての項目を満たす</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 年齢≥60歳、または血栓症の既往がある</li> </ul>

低リスク群にも高リスク群にも当てはまらない場合は中間リスクとなります。

Tefferi A et al. Semin Hematol 2005; 42: 206.より作成

## 参考

## これらの症状を、年齢や体調のせ いだと思っていませんか？

## ～真性多血症による 特徴的な10症状とは～

だるさ  
(倦怠感)

- ・少し動くと、すぐに休みたくなる
- ・疲れやすく階段を上るのが大変
- ・朝、起きるのがつらい

かゆみ  
(そう痒感)

- ・お風呂に入るとかゆみが強くなる



## 寝汗

- ・睡眠中、下着やパジャマ、シーツを交換するほどの汗をかく



## 集中力の低下

- ・集中して、本や新聞を読むことができない

お腹の不快感  
(腹部不快感)

- ・お腹がはった感じ
- ・お腹が押さえられるような感じ

やる気の低下  
(活動性の低下)

- ・仕事、趣味、人付き合いなどが、思うようにできない

骨の痛み  
(骨痛)

- ・骨痛のため、就寝中に目が覚める
- ・安静にしていても、骨が痛い

すぐ満腹になる  
(早期満腹感)

- ・食事の量が、前より減少している
- ・食欲はあるけど、一度の食事で量が食べられない



## 体重減少

- ・体重が減った
- ・洋服のサイズが合わなくなった



## 発熱

- ・体が熱っぽい
- ・熱がある感じがする



## 参考

## 真性多血症患者さん用 症状チェックシート

実際に特徴的な10症状があるかどうか、「症状チェックシート」で確認してみ  
ここ1週間のことを思い出して「すごくある」「ある」「ない」のいずれかに○を  
「体重減少」については、ここ半年のことを思い出して「すごく減った」「減つ

特徴的な10症状	○をしてください
 <b>だるさ(倦怠感)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●少し動くと、すぐに休みたくなる</li> <li>●疲れやすいと感じる</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>かゆみ(そう痒感)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●お風呂に入るとかゆみが強くなる</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>寝汗</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●睡眠中、下着やパジャマ、シーツを交換するほどの汗をかく</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>集中力の低下</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●集中して、本や新聞を読むことができない</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>お腹の不快感(腹部不快感)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●お腹がはった感じ</li> <li>●お腹が押えられるような感じ</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない

この「症状チェックシート」で、気になる症状や困っている症状がある場合は、  
TSS」を付けてみましょう。

ましょう。  
してください。  
た」「減っていない」のいずれかに○をしてください。

特徴的な10症状	○をしてください
 <b>やる気の低下(活動性の低下)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●仕事、趣味、人付き合いなどが、思うようにできない</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>骨の痛み(骨痛)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●骨痛のため、就寝中に目が覚める</li> <li>●安静にしていても、骨が痛い</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>すぐ満腹になる(早期満腹感)</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●食事の量が、前より減少している</li> <li>●食欲はあるけど、一度の食事で量が食べられない</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
 <b>体重減少</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●体重が減った</li> <li>●洋服のサイズが合わなくなった</li> </ul>	<input type="radio"/> すごく減った <input type="radio"/> 減った <input type="radio"/> 減っていない
 <b>発熱</b> 例えば <ul style="list-style-type: none"> <li>●体が熱っぽい</li> <li>●熱がある感じがする</li> </ul>	<input type="radio"/> すごくある <input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない

Mesa R et al. BMC Cancer 2016; 16: 167.より作成

次のページの「骨髄増殖性腫瘍 症状評価フォーム総症状スコアMPN-SAF

## 参考 骨髓増殖性腫瘍 症状評価フォーム

「真性多血症患者さん用 症状チェックシート」で気になる症状がある場合は、病気の進行や治療の効果をより正確に評価するためにも「骨髓増殖性腫瘍 症状評価フォーム総症状スコアMPN-SAF TSS」を付けて、受診する際に持つていきましょう。



- 1 記入日と次回受診日を記入してください。  
可能な限り、次回受診日の直前から約1週間前までの間に感じた症状の程度を評価してください。
- 2 症状の程度を最もよく表す数字1つに☑を付けてください。  
例) ・だるさ(倦怠感、疲労感):これ以上考えられないだるさを「10」としてください。数字で表せない場合は、下記の自由記入欄に記載しておいてください。  
・発熱の場合は37.8℃以上の発熱が毎日あった場合を「10」としてください。
- 3 全ての記載を確認したら点数を合計してください。
- 4 10項目の症状以外に頻繁に感じた症状や、その他気づいたことなどは、自由記入欄に記載しておいてください。

「骨髓増殖性腫瘍 症状評価フォーム総症状スコアMPN-SAF TSS」は真性多血症患者さん向け疾患情報サイト「骨髓増殖性腫瘍.net」にも掲載されています(リンク・二次元コードは裏面をご参照ください)。

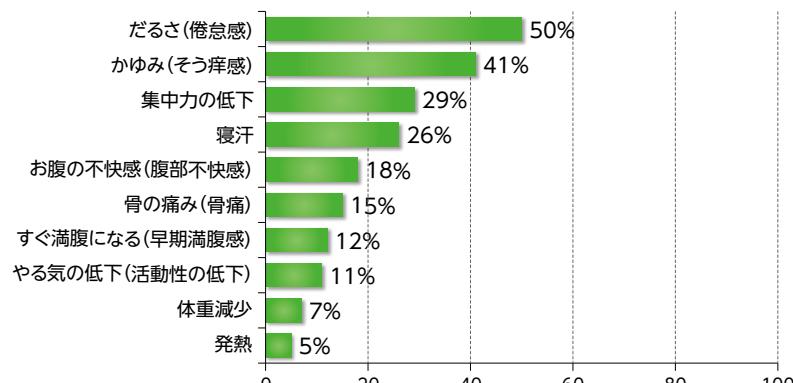
| 日本版 骨髓増殖性腫瘍 症状評価フォーム総症状スコアMPN-SAF TSS*   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---
--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|-----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------
---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--
----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------
*Myeloproliferative Neoplasm -Symptom Assessment Form Total Symptom Score																																												
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者さん記入用  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| お名前  
  |                          | 記入日                      |                          | □                        | 月                        | □                        | 日                        | 次回受診日                    |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>この症状評価フォームでは、患者さんの症状を記録できるようになっています。<br/>それぞれの症状について、症状の程度を最もよく表す数字1つに☑を付けてください。<br/>該当の症状が「なし」の場合を「0」とし、考えられる「最悪の状態」を「10」とします。<br/>全ての症状の程度を記入し、受診時に主治医に見せてください。</p>   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>この24時間に感じた最も強いだるさ(倦怠感、疲労感)について一番よく表す数字1つに☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">24時間内に感じた最も強いだるさ<br/>(倦怠感、疲労感)</td> <td style="width: 10%;">これ以上考えられないほどだるさ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   
   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 24時間内に感じた最も強いだるさ<br>(倦怠感、疲労感) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | これ以上考えられないほどだるさ | <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24時間内に感じた最も強いだるさ<br>(倦怠感、疲労感)  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | これ以上考えられないほどだるさ          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>この1週間に経験した症状の程度を最もよく表す数字1つに☑を付けてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">最悪の状態</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">食事の際、すぐに満腹感を感じる<br/>(早期満腹感)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 最悪の状態                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">食事の際、すぐに満腹感を感じる<br/>(早期満腹感)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 食事の際、すぐに満腹感を感じる<br>(早期満腹感) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 腹部不快感                     |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 無気力                       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)   |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少 |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱 |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なじ | <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最悪の状態  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">食事の際、すぐに満腹感を感じる<br/>(早期満腹感)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 食事の際、すぐに満腹感を感じる<br>(早期満腹感)    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td
style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 腹部不快感                      |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width:
10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 無気力                       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   |
集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)   |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱             |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |            |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 食事の際、すぐに満腹感を感じる<br>(早期満腹感)   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">腹部不快感</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 腹部不快感                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td>
<td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 無気力                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td
style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)   |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>  
                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                        |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腹部不快感  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">無気力</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 無気力                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width:
10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align:
center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input
type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 無気力  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">集中力に関する悩み<br/>(発病前と比較して)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                         |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input
type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   |
過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集中力に関する悩み<br>(発病前と比較して)  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">寝汗</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 寝汗                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | かゆみ<br>(激しいかゆみ)            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width:
100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み) |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 寝汗   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">かゆみ<br/>(激しいかゆみ)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table>   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10         
         | かゆみ<br>(激しいかゆみ)               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td
style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| かゆみ<br>(激しいかゆみ)  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">骨の痛み<br/>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table></td></tr></table>  |                          |                    
     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)     |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少     |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 骨の痛み<br>(関節痛や関節炎以外の広範な痛み)  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">過去6ヵ月にわたる<br/>意図しない体重減少</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table></td></tr></table>  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                 |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ                        | <input type="checkbox"/>      | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                           |  |  |  |  |  |  |  |  
 <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去6ヵ月にわたる<br>意図しない体重減少   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">なし</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">37.8℃以上の発熱</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">上記10項目について<br/>数字を合計してください</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: center;">監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding-top: 10px; text-align: right;">ノバルティス ファーマ株式会社</td> </tr> </table>   
   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なし                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9  | 10                   | 37.8℃以上の発熱                    |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | なじ              | <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"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                            |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> | 上記10項目について<br>数字を合計してください |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ノバルティス ファーマ株式会社 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| なし   
  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37.8℃以上の発熱   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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"/> |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">自由記入欄(他の症状、気づいたこと)</td> <td style="width: 10%;">なじ</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | 自由記入欄(他の症状、気づいたこと) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | なじ | <input type="text"/> |                               |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="text"/> |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自由記入欄(他の症状、気づいたこと)   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | なじ                       |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>   
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <input type="text"/>     |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記10項目について<br>数字を合計してください  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 監修:宮崎大学内科学講座 消化器血液学分野 下田 和哉先生  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ノバルティス ファーマ株式会社  
  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   
  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |  
   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## コラム

### 患者さん自身でも症状を評価して伝えることの重要性

約半数の患者さんが自分のだるさ（倦怠感）・かゆみ（そう痒感）などの症状と真性多血症は関係ないと考えていました。

#### 特徴的な10症状が真性多血症により起きていると理解している患者さんの割合



グローバルMPN LANDMARKサーベイより作成  
COI:本調査はノバルティスの資金により行われた。

グローバルMPN LANDMARKサーベイは2016年4～10月に英国・ドイツ・イタリア・日本・カナダ・オーストラリアで実施された調査です。調査の目的は「真性多血症が患者さんの日常生活などに、どのような影響を与えるかについて理解を深める」とされ、真性多血症患者さん223例などにオンラインでアンケート調査が実施されました。評価項目は「症状が真性多血症により起きていると認識しているか」などとされました。

一方、患者さんの症状をMPN-SAF TSSなどの評価表を用いて一つ一つ確認している医師は全体の9%であり、残りの医師の診察では患者さんの症状が見過ごされてしまう可能性がありました。そのため、より良い治療を選択するためには、患者さん自身で症状を評価し、主治医に伝えることが重要となります。

## 瀉血療法

瀉血とは、献血と同じように静脈から血液を抜き取ることであり、赤血球の量を減らすことで血栓をできにくくする治療法です。

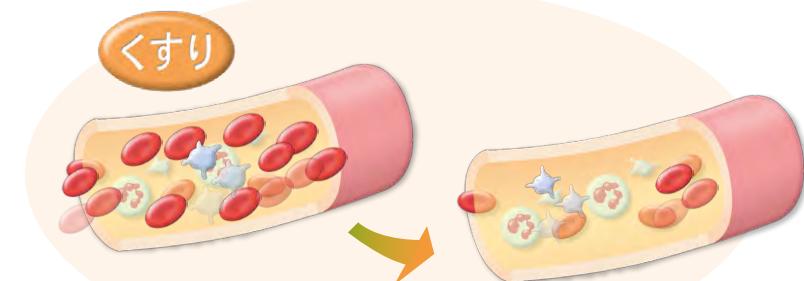


高齢の患者さんや心血管系に問題がある場合は、瀉血量や頻度を調整します。



## 薬物療法

薬剤を服用して、血栓をできにくくしたり、血液細胞の数を減らして、病気をコントロールする治療法です。



血栓をできにくくしたり、血液細胞の数を減らします

<イメージ図>

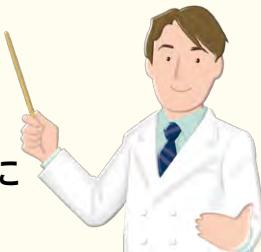
# IV 日常生活における注意点

## 日常生活で心がけること

血栓症の予防には、心血管危険因子を減らすことも大切です。

心血管危険因子とは高血圧症、肥満、糖尿病、脂質異常症(高脂血症)、喫煙のことです。特に喫煙により、血栓症が発症するリスクはさらに高まるといわれていますので、禁煙を心がけましょう。

- 水分をこまめに補給しましょう。
- 鉄剤や鉄サプリの摂取は控えましょう。
- 長時間同じ姿勢での移動が必要な場合は、主治医に相談しましょう。
- 禁煙を心がけましょう。
- 適度な運動とバランスのよい食事を心がけましょう。
- ストレスをためないように心がけましょう。
- 手術や抜歯などが必要な場合には、あらかじめ主治医に相談しましょう。
- 体調がおかしいときは、すぐに主治医に相談しましょう。



## ご家族や周囲の方々へ

真性多血症の患者さんの多くは治療によって日常生活を送ることができます。

ただし、脳卒中や心筋梗塞などの合併症の予兆を見逃さないことが大切です。



### チェックポイント

#### ●脳卒中

- 片方の手足・顔半分にマヒ・しびれが起こる
- ろれつが回らない、言葉がでない、他人の言  
うことが理解できない
- 力はあるのに、立てない、歩けない、ふらふら  
する



#### ●心筋梗塞

- 締め付けられるような激しい痛みが起こる
- 上記の症状が15分以上続く



#### ●出血性症状

- 鼻血が出る
- 胃が痛む
- 黒い色の便(タール便)がみられる



<イメージ図>

このような症状がみられた場合には  
すぐに病院を受診してください。

## 参考 高額療養費制度

医療機関へ高額な医療費を支払ったときは、「高額療養費制度」で払い戻しが受けられます。

高額療養費制度とは、同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額が一定の金額(自己負担限度額)を超えた場合、超えた分が後ほど払い戻される医療保険制度です。



高額療養費制度について、詳しく解説した小冊子もご用意していますので、主治医もしくは医療機関のスタッフにご相談ください。



\*本制度は、加入されている医療保険、市区町村によって内容が異なる場合があります。  
詳しくは、保険加入先(健康保険証をご確認ください)にお問い合わせください。

### 主な内容

- ・高額療養費とは
- ・支給を受けるには
- ・自己負担限度額
- ・算定方法
- ・活用事例

など

### 治療にかかる費用について

高額療養費制度では、年齢および世帯の年収によって自己負担限度額が異なります。具体例でみてみましょう。

#### 具体例

##### 処方せんによる薬を受け取った薬局での費用が 自己負担限度額を超えた場合 (70歳未満、標準報酬月額28~50万円の方)

A病院	医療費	30,000円	支払額(3割)	9,000円 <sup>*1</sup>
B薬局(A病院の処方せん)	医療費	300,000円	支払額(自己負担限度額)	80,430円
<b>「限度額適用認定証」を提示 (4回目以降は44,400円<sup>*2</sup>)</b>				

\*1 A病院の医療費は、自己負担限度額を超えていないため、一旦、医療費の3割を支払い、その後、保険者に申請し、払い戻し金(8,700円)を受け取ります。

\*2 高額療養費の支給を同一世帯で1年間(直近の12ヵ月)に4回以上受ける場合には、4回目からの自己負担限度額が44,400円となります。

2022年3月現在

### 自己負担限度額は以下のWEBサイトで計算できます。



ノバルティスファーマ 自己負担額の払い戻し試算

検索

[https://secure.novartis.co.jp/kougakuiryou/check\\_01.html](https://secure.novartis.co.jp/kougakuiryou/check_01.html)

ご自身の自己負担限度額は  
いくらになりましたか。

円

## 参考 その他の医療費サポート制度

高額療養費制度以外にもさまざまな医療費負担を軽減できる制度があります。それぞれの窓口に確認してみましょう。

## 1 民間の医療保険(がん保険など)

真性多血症は、民間の医療保険(がん保険など)の対象となる可能性があります。



加入している保険会社の窓口に問い合わせてみましょう

## 2 付加給付制度

一部の健康保険組合や共済組合が独自に定める医療費助成制度です。高額療養費制度と同様に、一定の金額を超えた場合、医療費の払い戻しを受けることができます。また、治療と就労をサポートするための制度が設けられている場合もあります。



加入している保険組合の窓口に  
問い合わせてみましょう

# memo