

エドルミズの効果と副作用について、患者さんご自身でもチェックしましょう。

■ **今日の体重** _____ kg 20__年__月__日

■ **食欲について** 以下の質問について、過去7日間のご自分を振り返って、最も適した番号を各質問につき1つ選び、○で囲んでください。

	質 問	全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
A	食欲がある	0	1	2	3	4
B	ほとんどの食べ物 自分にとっては まずいと 感じられる	0	1	2	3	4
C	食べようと努めても、 すぐ食欲を失ってしまう	0	1	2	3	4
D	脂肪分や糖分の多い物、 腹だまりのする物は 食べにくい	0	1	2	3	4
E	食べるとすぐにお腹が一杯になったような感じがする	0	1	2	3	4

■ **食量について** 最近の食量について、最もあてはまるものを選んでください。

以前(目安:6ヵ月前)と比べて、最近の食量は、	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> わからない
-------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

■ **体調に関して気がついたこと、気になること**

- エドルミズを服用後に、副作用と思われる症状(9ページ参照)や、気になる症状があらわれた場合は、すみやかに主治医や看護師、薬剤師に連絡し、指示に従ってください。
- 上記の症状以外で気がついたこと、疑問や不安に思ったことなど、次回の受診時に聞きたいことがあれば、ここにメモしましょう。

.....

.....

.....

■ **今日の体重** _____ kg 20____年____月____日

■ **食欲について** 以下の質問について、過去7日間のご自分を振り返って、最も適した番号を各質問につき1つ選び、○で囲んでください。

	質 問	全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
A	食欲がある	0	1	2	3	4
B	ほとんどの食べ物 が自分にとってはま ずいと感じられる	0	1	2	3	4
C	食べようと努めても、 すぐ食欲を失ってしま う	0	1	2	3	4
D	脂肪分や糖分の多い 物、腹だまりのする 物は食べにくい	0	1	2	3	4
E	食べるとすぐにお腹 が一杯になったよう な感じがする	0	1	2	3	4

■ **食量について** 最近の食量について、最もあてはまるものを選んでください。

エドルミズの服用開始時と比べて、
最近の食量は、

増えた

変わらない

減った

■ **体調に関して気がついたこと、気になること**

- エドルミズを服用後に、副作用と思われる症状(9ページ参照)や、気になる症状があらわれた場合は、すみやかに主治医や看護師、薬剤師に連絡し、指示に従ってください。
- 上記の症状以外で気がついたこと、疑問や不安に思ったことなど、次回の受診時に聞きたいことがあれば、ここにメモしましょう。

.....

.....

.....

■ **今日の体重** _____ kg 20____年____月____日

■ **食欲について** 以下の質問について、過去7日間のご自分を振り返って、最も適した番号を各質問につき1つ選び、○で囲んでください。

	質 問	全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
A	食欲がある	0	1	2	3	4
B	ほとんどの食べ物 が自分にとってはま ずいと感じられる	0	1	2	3	4
C	食べようと努めても、 すぐ食欲を失ってしま う	0	1	2	3	4
D	脂肪分や糖分の多い 物、腹だまりのする 物は食べにくい	0	1	2	3	4
E	食べるとすぐにお腹 が一杯になったよう な感じがする	0	1	2	3	4

■ **食量について** 最近の食量について、最もあてはまるものを選んでください。

エドルミズの服用開始時と比べて、
最近の食量は、

増えた

変わらない

減った

■ **体調に関して気がついたこと、気になること**

- エドルミズを服用後に、副作用と思われる症状(9ページ参照)や、気になる症状があらわれた場合は、すみやかに主治医や看護師、薬剤師に連絡し、指示に従ってください。
- 上記の症状以外で気がついたこと、疑問や不安に思ったことなど、次回の受診時に聞きたいことがあれば、ここにメモしましょう。

.....

.....

.....

■ **今日の体重** _____ kg 20____年____月____日

■ **食欲について** 以下の質問について、過去7日間のご自分を振り返って、最も適した番号を各質問につき1つ選び、○で囲んでください。

	質 問	全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
A	食欲がある	0	1	2	3	4
B	ほとんどの食べ物 が自分にとってはま ずいと感じられる	0	1	2	3	4
C	食べようと努めても、 すぐ食欲を失ってしま う	0	1	2	3	4
D	脂肪分や糖分の多い 物、腹だまりのする 物は食べにくい	0	1	2	3	4
E	食べるとすぐにお腹 が一杯になったよう な感じがする	0	1	2	3	4

■ **食量について** 最近の食量について、最もあてはまるものを選んでください。

エドルミズの服用開始時と比べて、
最近の食量は、

増えた

変わらない

減った

■ **体調に関して気がついたこと、気になること**

- エドルミズを服用後に、副作用と思われる症状(9ページ参照)や、気になる症状があらわれた場合は、すみやかに主治医や看護師、薬剤師に連絡し、指示に従ってください。
- 上記の症状以外で気がついたこと、疑問や不安に思ったことなど、次回の受診時に聞きたいことがあれば、ここにメモしましょう。

.....

.....

.....

■ **今日の体重** _____ kg 20____年____月____日

■ **食欲について** 以下の質問について、過去7日間のご自分を振り返って、最も適した番号を各質問につき1つ選び、○で囲んでください。

	質 問	全く あてはまらない	わずかに あてはまる	多少 あてはまる	かなり あてはまる	非常によく あてはまる
A	食欲がある	0	1	2	3	4
B	ほとんどの食べ物 が自分にとってはま ずいと感じられる	0	1	2	3	4
C	食べようと努めても、 すぐ食欲を失ってしま う	0	1	2	3	4
D	脂肪分や糖分の多い 物、腹だまりのする 物は食べにくい	0	1	2	3	4
E	食べるとすぐにお腹 が一杯になったよう な感じがする	0	1	2	3	4

■ **食量について** 最近の食量について、最もあてはまるものを選んでください。

エドルミズの服用開始時と比べて、 最近の食量は、	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------

■ 体調に関して気がついたこと、気になること

- エドルミズを服用後に、副作用と思われる症状(9ページ参照)や、気になる症状があらわれた場合は、すみやかに主治医や看護師、薬剤師に連絡し、指示に従ってください。
- 上記の症状以外で気がついたこと、疑問や不安に思ったことなど、次回の受診時に聞きたいことがあれば、ここにメモしましょう。

.....

.....

.....