

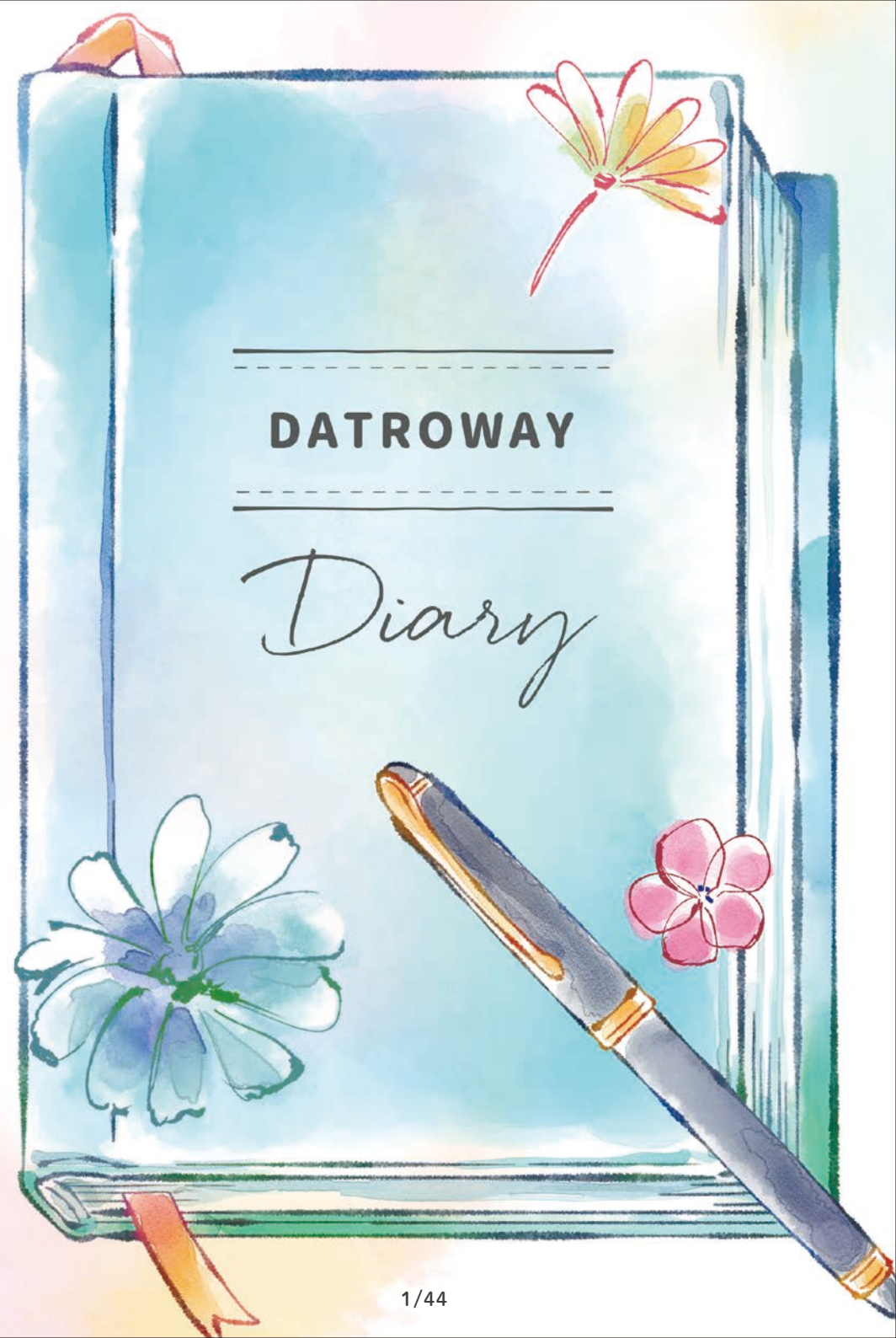
病院名

.....
担当医名/連絡先



第一三共株式会社

本資料の複製、転用、再利用、再掲載等の二次利用はご遠慮願います。





ダイアリー

ダトロウェイによる治療を受ける
乳がんの患者さんご家族へ

ダトロウェイによる治療を受ける患者さんへ

はじめに

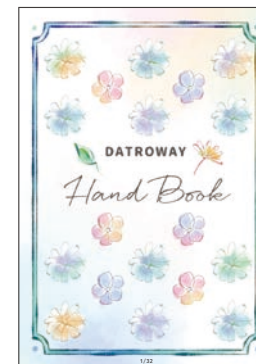
この冊子は、これからダトロウェイによる治療を受けられる方に、毎日の生活の中で、いつもと違った症状や体調の変化などを記録していただくための日誌です。

日誌に記録された内容を医師や看護師、薬剤師と共有することは、より安全に治療を進める上でとても大切な情報となるため、通院時には忘れずに持参するようにしましょう。

また、注意いただきたい副作用にある角膜障害・口内炎の症状を予防、軽減するために、毎日のセルフケアを行うことがとても大切です。

注意いただきたい副作用については、ダトロウェイによる治療を受ける患者さんご家族に向けた「ダトロウェイ ハンドブック」、角膜障害・口内炎の毎日のセルフケアについては「セルフケアガイド」をご用意しておりますので、本冊子とあわせてお使いください。

ダトロウェイ ハンドブック



セルフケアガイド





以下のような症状*があらわれたり、悪化したり、続く場合、またそれ以外の呼吸器の異常を感じた場合は、**速やか**にダトロウェイによる治療を受けている病院に連絡しましょう。

間質性肺疾患(呼吸器の症状)

- 息切れ・息苦しさ
- 咳(特に痰の出ない咳)
- 発熱

(パルスオキシメータをお持ちの場合)

- パルスオキシメータ測定値の低下

※すべての症状がそろわないこともあります。また、呼吸器の症状は上記のものに限りません。



息切れ・息苦しさ



発熱



咳
(特に痰の出ない咳)



パルスオキシメータ
測定値の低下

⇒詳しい情報は、P42の動画をご覧ください。



次のような症状や、それ以外にも眼の異常を感じた場合は、**がまんせず、速やかに**ダトロウェイによる治療を受けている病院の医師、看護師、薬剤師に知らせてください。

角膜障害(眼の症状)

- 眼がゴロゴロする、眼が痛い
- 物が見えづらい
- 眼が乾燥する
- 涙の量が増える
- いつもよりまぶしく感じる
- 眼が充血する

など



点滴中や投与後24時間で次のような症状を感じた場合は、**速やかに**ダトロウェイによる治療を受けている病院の医師、看護師、薬剤師に知らせてください。

インフュージョン リアクション

- 発熱、寒気
- 発疹
- 注射部位のほてり、痛み
- 嘔吐、めまい、動悸
- 息切れ、息苦しさ

など

! 次のような症状を感じた場合は、**速やかに**ダトロウェイによる治療を受けている病院の医師、看護師、薬剤師に知らせてください。

骨髄抑制

- 赤血球が減る
⇒貧血：めまい、動悸、息切れ など
- 白血球が減る
⇒感染症：発熱、寒気、喉の痛み など
- 血小板が減る
⇒出血：鼻血、青あざ、血便 など

! 次のような症状や、それ以外にも口の中の異常を感じた場合は、がまんせず、**速やかに**ダトロウェイによる治療を受けている病院の医師、看護師、薬剤師に相談してください。

口内炎(口の症状)

唇や口の中に

- 痛みがあり、食事がしづらい、喋りづらい
- 違和感がある(粘膜がガサガサ・ゴワゴワする)
- 赤みやただれ、腫れがある
- 血がにじむことがある など



毎日のセルフケア

i セルフケアに関する詳しい情報は「セルフケアガイド」または、WEBサイト(毎日のセルフケア)をご覧ください。



角膜障害



口内炎

角膜障害

- 角膜炎の予防や症状の悪化を防ぐために、ダトロウェイによる治療中は、担当医の指示に従い、以下のことを実施してください。

点眼



×6回程度/日
毎食後、就寝前 +
1日の中で実施しやすい時間

医師から指示された点眼薬を
毎日6回程度点眼しましょう

コンタクトレンズ



原則、コンタクトレンズの使用
は控えてください

※点眼薬はご自身で薬局またはドラッグストアで購入してください。

詳しい情報は「ダトロウェイによる治療を受ける患者さんとご家族へ」をご覧ください。

口内炎

- 口内炎の予防や症状の悪化を防ぐために、ダトロウェイによる治療中は、以下のことをこころがけて、お口のケアをしましょう。

歯みがき



×2~3回/日
朝、晩(可能なら昼も)

ていねいに歯みがきをしましょう

うがい



×4回以上/日
起床時、毎食前後、就寝前 など

定期的なうがいをしましょう

食事の注意点 刺激の強い食べ物や飲み物を控えましょう

わたしのセルフケア

ご自身のセルフケアの目標を記入しましょう。

(記入例)

4/8 } 6/8	<p>点眼 6回/日</p> <p>.....</p> <p>洗顔後、朝食後、昼食後、 夕食後、入浴後、就寝前</p>
-----------------	--

目標の回数を記入しましょう。

「いつ」実施するか記入しましょう。

日付	点眼	歯みがき	うがい
/ } /	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日
/ } /	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日
/ } /	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日
/ } /	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

- 目標の変更があった場合は、適宜、追加して記入しましょう。
- 本冊子の記入欄の右上にも、ご自身のセルフケアの目標を記入いただける欄がありますので、あわせてご利用ください。

眼やお口に症状があるときの
医師から指導されたセルフケアの目標を記入しましょう。

【眼に症状があるとき】

【お口に症状があるとき】

点眼
..... 回/日

歯みがき	うがい
..... 回/日	..... 回/日

点眼・歯みがき・うがい以外にもご自身で治療中、
生活に取り入れたいセルフケアがあれば記載してみましょう。

(記入例)

- ウォーキングを30分する(週3日)
- 睡眠を十分にとる
- リラックスする時間をとる など

●	●
●	●
●	●

(4) コース目
(2) 週目

記入例



わたしのセルフケア (目安)	点眼 6 回/日 洗顔後、朝食後、昼食後、夕食後、入浴後、就寝前	歯みがき	うがい
	目標の回数を記入しましょう。 「いつ」実施するか記入しましょう。		

日付	※点滴を受けた日に○をつけましょう	4/8 (火)	4/9 (水)
体温 (°C)		36.5°C	36.2°C
全体的な調子			
食事の量		50 %	90 %

その日の全体的な調子に近いものに○をつけましょう。

普段の食事量を100%として、その日の食事量を割合(%)で記入しましょう。
(例:いつも通り食べられた=100%、半分くらい=50%、少しだけ=20%)

呼吸器の症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パルスオキシメータ測定値		
眼の症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増えるなど)		眼が乾燥する
口の症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input checked="" type="checkbox"/> ゴワゴワする	<input type="checkbox"/>
	痛み		
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に
	その他(赤みやただれ、腫れがあるなど)		
	毎日のセルフケア	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
その他	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など	なんとなくだるい。	

呼吸器の症状(咳、息切れ・息苦しさ、パルスオキシメータ測定値の低下)や発熱がある場合は、速やかにダクトロウェイによる治療を受けている病院に連絡しましょう。

症状があったら該当する項目に✓をつけ、症状の程度について自由に記入しましょう。

痛みの状態に近いものに○をつけましょう。
 痛みはほとんどない 痛みがある 強い痛みがある

日常生活への影響に近いものに○をつけましょう。

医師から指示された毎日のセルフケアができたなら✓をつけましょう。

気になる症状があれば、自由に記入しましょう。




Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など	・ 口内炎が痛くて、好きな食べ物が食べられなくてつらい。 ・ 食べるのが好きなので、早く治したい。	・ だるさがなく、洗濯や料理ができた。 ・ 夕方、散歩にでかけ気分転換になった。
------	---	--	---

不安に思うことや気になったこと、日々の暮らしや気持ちの変化などを自由に記入しましょう。

() コース目





() 週目






投与開始前の記録

わたしのセルフケア (目安)	 点眼 回/日	 歯みがき 回/日	 うがい 回/日
----------------	---	---	--

日付	※点滴を受けた日に○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
全体的な調子	😊 😐 😞		😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	%

呼吸器の症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パルスオキシメータ測定値								

眼の症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

口の症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	痛み	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度・かなり・非常に
その他(赤みやただれ、腫れがある など)										
毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

その他	<ul style="list-style-type: none"> ● めまい、寒気、鼻血 ● 吐き気、嘔吐 ● だるい、疲れやすい など 								
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Memo	<ul style="list-style-type: none"> ● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など 								
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量			%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	●めまい、寒気、鼻血									
	●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--

() コース目

() 週目



わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C
全体的な調子								
食事の量	%		%	%	%	%	%	%

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パルスオキシメータ測定値							
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)							
	毎日のセルフケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	痛み							
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)							
	毎日のセルフケア	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など							

Memo	●今日できたこと/少し楽になったこと ●気になること/不安に思うこと ●医療スタッフに伝えたいこと など							
------	--	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	パルスオキシメータ測定値												
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)												
口の 症状	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	痛み												
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に			
その他	その他(赤みやただれ、腫れがある など)												
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など												

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--

() コース目

() 週目



わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量			%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴウゴウする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
その他	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--

() コース目
() 週目



わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C
全体的な調子								
食事の量	%		%	%	%	%	%	%

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パルスオキシメータ測定値							
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)							
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	痛み							
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)							
その他	毎日のセルフケア	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など							

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	●めまい、寒気、鼻血									
	●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	●今日できたこと/少し楽になったこと ●気になること/不安に思うこと ●医療スタッフに伝えたいこと など							
------	--	--	--	--	--	--	--	--



() コース目
() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
口の 症状	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に
その他	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	パルスオキシメータ測定値												
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)												
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	痛み												
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に			
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)												
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など												

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量			%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴウゴウする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	●めまい、寒気、鼻血									
	●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C
全体的な調子								
食事の量			%	%	%	%	%	%

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	パルスオキシメータ測定値							
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)							
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	痛み							
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)							
その他	毎日のセルフケア	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など							

Memo	●今日できたこと/少し楽になったこと ●気になること/不安に思うこと ●医療スタッフに伝えたいこと など							
------	--	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量			%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	●めまい、寒気、鼻血									
	●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)	°C		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量	%		%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	●めまい、寒気、鼻血									
	●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--



() コース目

() 週目

わたしの セルフケア (目安)	点眼	歯みがき	うがい
	..... 回/日	..... 回/日	..... 回/日

日付	※点滴を受けた日に ○をつけましょう		/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
体温 (°C)			°C	°C	°C	°C	°C	°C	
全体的な調子									
食事の量			%	%	%	%	%	%	

呼吸器の 症状	咳(特に痰が出ない咳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ・息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	パルスオキシメータ測定値									
眼の 症状	眼がゴロゴロする・眼が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	物が見えづらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他(眼が乾燥する、涙の量が増える など)									
口の 症状	違和感がある(粘膜がガザガザ・ゴワゴワする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痛み									
	日常生活への影響	全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		全くない・少し・ある程度 ・かなり・非常に		
	その他(赤みやただれ、腫れがある など)									
その他	毎日のセルフケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	●めまい、寒気、鼻血 ●吐き気、嘔吐 ●だるい、疲れやすい など									

Memo	● 今日できたこと/少し楽になったこと ● 気になること/不安に思うこと ● 医療スタッフに伝えたいこと など							
------	---	--	--	--	--	--	--	--

さいごに

速やかに連絡していただきたい症状



以下のような症状*があらわれたり、悪化したり、続く場合、またそれ以外の呼吸器の異常を感じた場合は、**速やか**にダトロウェイによる治療を受けている病院に連絡しましょう。

間質性肺疾患(呼吸器の症状)

- 息切れ・息苦しさ
 - 咳(特に痰の出ない咳)
 - 発熱
- (パルスオキシメータをお持ちの場合)
- パルスオキシメータ測定値の低下

※すべての症状がそろわないこともあります。また、呼吸器の症状は上記のものに限られません。

この他の症状でも、特に具合の悪いときや、日常生活に支障がでて困っている場合は、次回の診察までがまんせず、病院に連絡しましょう。



間質性肺疾患やパルスオキシメータの使い方については、こちらの動画をご覧ください



間質性肺疾患について



パルスオキシメータの使い方について

病院に電話する際は、はじめに以下の事項を伝えるようにしましょう。

- ✓ 診察券番号
- ✓ 治療を受けている診療科、担当医の名前
- ✓ 治療薬の名前(ダトロウェイ)
- ✓ いつから、どのような症状がでているのか(具体的に)
- ✓ 症状がでたら、担当医から速やかに病院に連絡するよう指導されていること



(例) 発熱、息切れ症状があるとき(間質性肺疾患の疑い)

●●科●●先生が担当医で、現在、ダトロウェイによる乳がん治療を受けています。外出先から帰宅するとき、普段より息苦しさがあり、熱も普段より高いです。このような症状があるときは、速やかに連絡してくださいと●●先生から言われており、お電話しました。

