

HAM 手帳



ご自身の症状を知りましょう

HAM（正式名称：HTLV-1関連脊髄症 英語名：HTLV-1 associated myelopathy）は、病気の症状や進行具合の個人差がとても大きいという特徴を持っています。

進行を防ぐためには、ひとりひとりの症状やその進行具合に合った治療を受けることが必要で、そのためにはまず自分自身の状態を知ることが大切です。

ご自身の症状や状態、気がかりなことや治療内容の希望などを記録し、主治医と相談するようにしましょう。



この手帳の使い方

HAMの進み方には個人差がありますので、できれば月に1回、日を決めて記入することをおすすめします。

また、気になる症状がある時や、症状が急に悪くなったと感じた時などは、決まった日でなくても記録し、主治医に早めに相談するようにしましょう。



また、検査データだけではなく患者さんご自身が体調をどのように感じるかということも、病気の進行具合や治療効果を判断するのに大事な情報になります。

あなたの今の情報を書いてください。

記入日	年 月 日		
ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日 () 歳
住所	〒	電話 番号	自宅： 携帯：
かかり つけ医	病院名 主治医名 連絡先	病院名 主治医名 連絡先	
輸血歴	なし ・ あり ・ 不明 ありの場合は実施時期 () 年	既往歴	

以下の交付状況について今の状況を書いてください。

身体障害者手帳 の受給	なし ・ あり	「あり」の場合 級
介護保険の受給	なし ・ あり	「あり」の場合 要支援度： 要介護度：

合併症の有無について下記に書いてください。

皮膚疾患	なし・あり（疾患名： ）
感染症	なし・あり（疾患名： ）
自己免疫疾患 (リウマチ・膠原病など)	なし・あり（疾患名： ）
がんを含む悪性腫瘍	なし・あり（疾患名： ）
糖尿病	なし・あり
骨粗鬆症	なし・あり
その他	疾患名：

症状と経過

HAMの症状が出始めた時期（年齢）とその時の症状について書いて下さい。

症状が出始めた時期（年齢）	歳頃
その時の症状	

歩行の症状について、以下のそれぞれの段階になった年齢を書いてください。

歩行のスピードが遅くなった	歳
歩くときにつまずいたり、膝のこわばりが出始めた	歳
かけあしができなくなった	歳
階段の昇降に手すりが必要になった	歳
歩行に片手の支えが常に必要になった（片手杖など）	歳
片手支えでは歩行ができなくなったが、両手支えなら10m以上歩ける	歳
両手支えでの歩行が10m以上できなくなったが、5m以上ならできる	歳
両手支えでの歩行が5m以上できなくなったが、5m以下ならできる	歳
両手支えでの歩行が全くできなくなったが、四つばい移動ならできる	歳
四つばい移動ができなくなったが、両手のみを使ってなら移動できる	歳
自力では全く移動ができなくなったが、寝返りならできる	歳
寝返りができなくなった	歳
足の指を自分で動かすことができなくなった	歳

記録方法

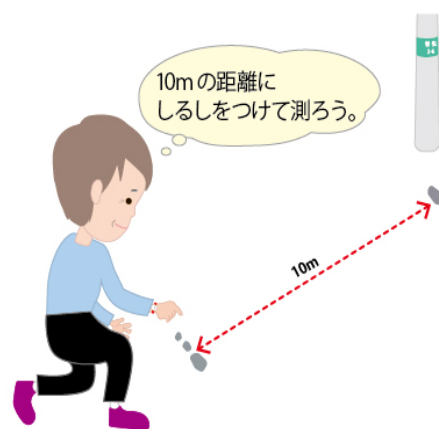
－「10m歩行」「6分間歩行距離」について－

可能な方のみ、無理のない範囲で測り、記入してください。
また測定はできるだけ、いつも同じ条件（杖の使用状況）で測りましょう。

●「10m歩行」の測り方

10mを歩いた時の歩数と秒数を測って書いて下さい。片手杖や両手杖を使った場合は片手杖もしくは両手杖の□に✓してください。

- ① 10mの始まりと終わりにテープなどで印を付けましょう。
- ② ストレッチなどで体を軽くほぐしてから、10mが始まる少し手前から歩きはじめてください。10mの歩き始めから、終わりまでの歩数と時間（お手持ちの時計で）を測って下さい。



●「6分間歩行距離」の測り方

お手持ちの時計で6分間を把握し、その間に歩いた距離を測り、その距離を書いて下さい。

- ① 一定距離（10mなど）に印を付けて下さい。
- ② 印の始まり（始点）から歩き始めて下さい。
- ③ 歩き始めてから6分間が経過するまで、始点から印の終わりまでを往復して歩いて下さい。
- ④ 6分間の時点で歩くのを止め、その時点までに歩いた距離を計算し、記載して下さい。
- ⑤ 途中で休んだ場合は休んだところまでの距離と時間を書いて下さい



※リハビリに行った際に測定をお願いしてみてください。
※10mを確保できない場合は、5mの往復で測りましょう。

記録方法

－「納の運動障害重症度」について－

今の症状に一番近い数字を選び、「納の運動障害重症度」の欄に書いて下さい。

0	歩行、走行ともに異常を認めない
1	歩くスピードが遅くなった
2	歩くときにつまずいたり、膝のこわばりが出始めた
3	かけあしができなくなった
4	階段の昇降に手すりが必要になった
5	歩行に片手の支えが常に必要になった（片手杖など）
6	片手支えでは歩行ができず、両手支えなら10m以上歩ける
7	両手支えでの歩行が10m以上は困難であるが、5m以上はできる
8	両手支えでの歩行が5m以上は困難であるが、5m以下ならできる
9	両手支えでの歩行が全くできず、四つばいでの移動ならできる
10	四つばいでの移動ができず、両手のみを使ってなら移動できる
11	自力では全く移動できないが、寝返りはできる
12	寝返りができない
13	足の指を動かすことができない

- ◆ 歩行に片手杖や片手支えが時々必要な方 → 1～4の中から選んでください。
- ◆ 歩行に片手杖や片手支えが必ず必要な方 → 5を選んでください。
- ◆ 歩行に両手杖や両手支えが必ず必要な方 → 6～8の中から選んでください。
- ◆ 全く歩けない方 → 9～13の中から選んでください。

記録方法

—その他の項目について—

●足の感覚障害、足のしびれ感、足の痛みの項目

HAMによる症状について、一番近いと思われる選択肢の□に✓を入れて下さい。

また、「足の痛み」については、痛みのある場所について「痛みの部位」の欄に書いて下さい。

●痛みの程度

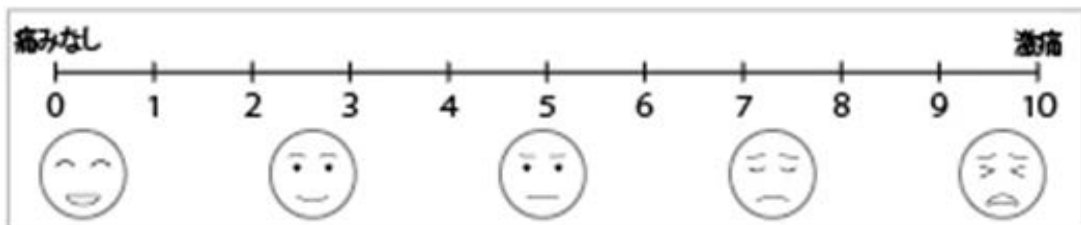
HAMによる足の痛みの程度について考えて下さい。

これまでに感じた一番激しい痛みを「10」とします。

その時の痛みと比べて、今の痛みの程度について、一番近い数字を記入してください。

痛みがない場合は、「0」と書いて下さい。

HAMと診断される前からある腰の痛みや、骨折や打撲などの痛みは除きます。



●排尿・排便の状態の各項目

HAMによる排尿・排便の症状について、一番近いと思われる選択肢の□に✓を入れて下さい。

また、「夜間の尿回数」については、夜寝てから朝起きるまでの尿の回数を書いて下さい。

●メモ

気になる症状や医師に聞きたいと思ったことなどがあれば、書いて下さい。

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日	
10m歩行	1回目	歩数	歩	歩
		秒数	秒	秒
	2回目	歩数	歩	歩
		秒数	秒	秒
6分間歩行距離 (m)				
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	
納の運動障害重症度				
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>		

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
10m歩行	1回目	歩数	歩
		秒数	秒
	2回目	歩数	歩
		秒数	秒
6分間歩行距離 (m)			
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖
納の運動障害重症度			
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>	

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
10m歩行	1回目	歩数	歩
		秒数	秒
	2回目	歩数	歩
		秒数	秒
6分間歩行距離 (m)			
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖
納の運動障害重症度			
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>	

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
10m歩行	1回目	歩数	歩
		秒数	秒
	2回目	歩数	歩
		秒数	秒
6分間歩行距離 (m)			
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖
納の運動障害重症度			
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>	

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の 状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
10m歩行	1回目	歩数	歩
		秒数	秒
	2回目	歩数	歩
		秒数	秒
6分間歩行距離 (m)			
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖
納の運動障害重症度			
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>	

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

症状の記録【足の症状】

日付		年 月 日	年 月 日	
10m歩行	1回目	歩数	歩	歩
		秒数	秒	秒
	2回目	歩数	歩	歩
		秒数	秒	秒
6分間歩行距離 (m)				
杖の使用状況		<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 片手杖 <input type="checkbox"/> 両手杖	
納の運動障害重症度				
足の感覚障害 (触った感覚・温度が 分かりにくい)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度あり <input type="checkbox"/> ほぼ感覚がない	
足のしびれ感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	
足の痛み (痛みの部位：)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある	
痛みの程度 (0を「痛みなし」、 10を「激痛」とした場合の、 一番今の症状に近い 数字を記入)		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>痛みなし 激痛</p>		

足の
症
状

症状の記録【排尿・排便の症状】

日付		年 月 日	年 月 日
排尿・排便の 状態	尿もれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	尿の勢い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 時々弱い <input type="checkbox"/> いつも弱い
	残尿感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> いつも
	夜間の尿回数	回	回
	排尿障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬で調整) <input type="checkbox"/> 導尿が必要 <input type="checkbox"/> バルーン留置
	排便障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 便秘(薬で調整) <input type="checkbox"/> 浣腸が必要
メモ 気になる症状や 主治医に聞きたいこと			

治療内容及び検査記録

処方されたお薬の内容や使い方について書いてください。

日付	年 月 日	日付	年 月 日
インターフェロン	日に 回		日に 回
	1回 単位使用	インターフェロン	1回 単位使用
ステロイド	日に 回	ステロイド	日に 回
	1回 mg服用		1回 mg服用
その他		その他	

検査の内容とその結果を書いてください。

年 月 日		年 月 日	
実施医療機関名		実施医療機関名	
血液検査		血液検査	
白血球数	/ μ l	白血球数	/ μ l
リンパ球数	%	リンパ球数	%
可溶性IL- 2 受容体	u/ml	可溶性IL- 2 受容体	u/ml
ウイルス量	%	ウイルス量	%
髄液検査		髄液検査	
細胞数	/ μ l	細胞数	/ μ l
総蛋白	mg/dl	総蛋白	mg/dl
IgG	mg/dl	IgG	mg/dl
ネオプテリン	pmol/ml	ネオプテリン	pmol/ml
CXCL10	pg/ml	CXCL10	pg/ml
画像検査 (MRI)		画像検査 (MRI)	
撮影部位に○を付けてください		撮影部位に○を付けてください	
部位 (頭部・頸髄・胸髄・腰髄)		部位 (頭部・頸髄・胸髄・腰髄)	

治療内容及び検査記録

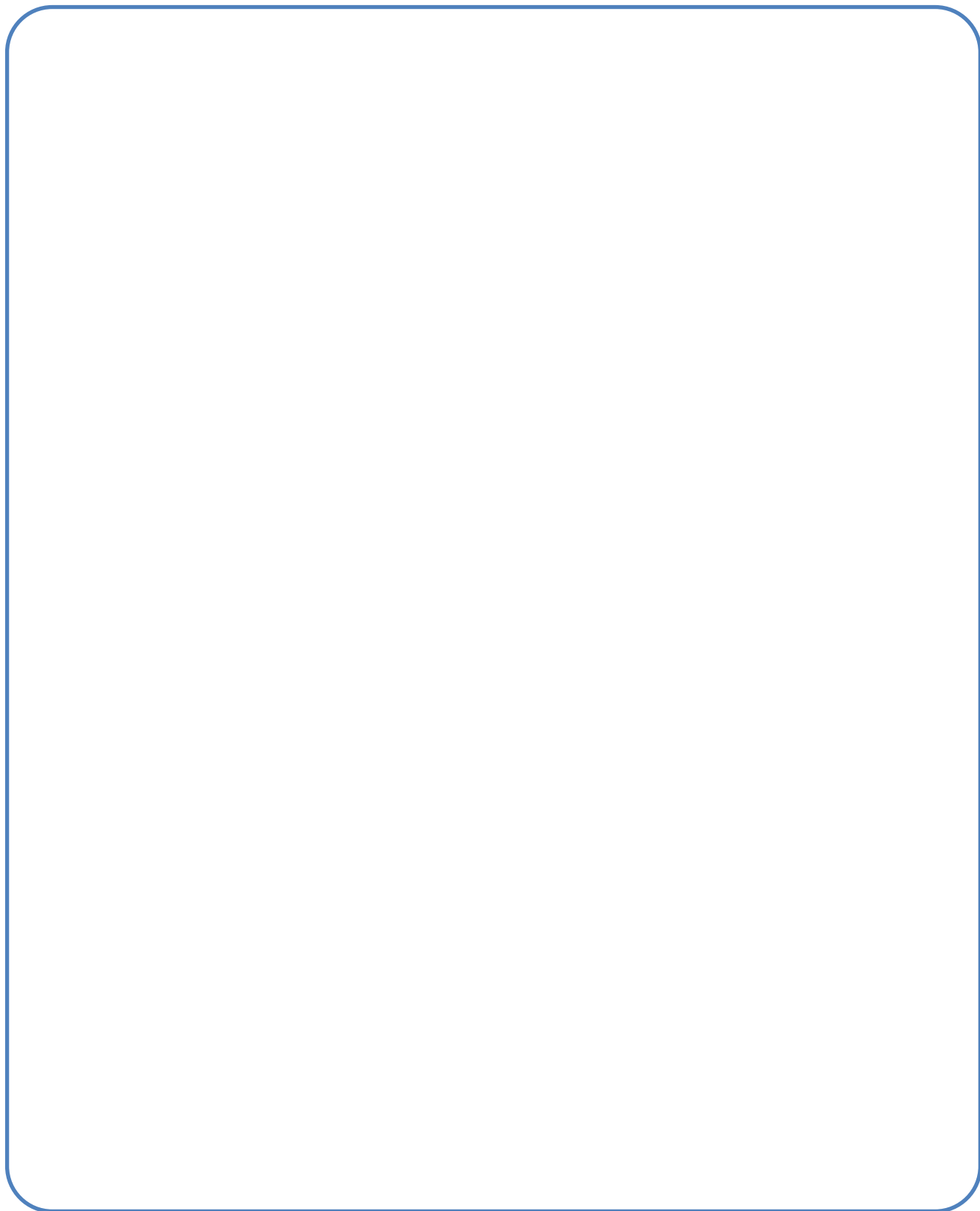
処方されたお薬の内容や使い方について書いてください。

日付	年 月 日	日付	年 月 日
インターフェロン	日に 回		日に 回
	1回 単位使用	インターフェロン	1回 単位使用
ステロイド	日に 回	ステロイド	日に 回
	1回 mg服用		1回 mg服用
その他		その他	

検査の内容とその結果を書いてください。

年 月 日		年 月 日	
実施医療機関名		実施医療機関名	
血液検査		血液検査	
白血球数	/ μ l	白血球数	/ μ l
リンパ球数	%	リンパ球数	%
可溶性IL- 2 受容体	u/ml	可溶性IL- 2 受容体	u/ml
ウイルス量	%	ウイルス量	%
髄液検査		髄液検査	
細胞数	/ μ l	細胞数	/ μ l
総蛋白	mg/dl	総蛋白	mg/dl
IgG	mg/dl	IgG	mg/dl
ネオプテリン	pmol/ml	ネオプテリン	pmol/ml
CXCL10	pg/ml	CXCL10	pg/ml
画像検査 (MRI)		画像検査 (MRI)	
撮影部位に○を付けてください		撮影部位に○を付けてください	
部位 (頭部・頸髄・胸髄・腰髄)		部位 (頭部・頸髄・胸髄・腰髄)	

病院から渡された検査結果やお薬シールを貼る欄としてお使い下さい。



厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「HAMの新規医薬品開発に関する研究」

特定非営利活動法人 日本からHTLVウイルスをなくす会 全国HAM患者友の会「アトムの会」

平成25年3月 初版