

受診する前に記入して、主治医に渡してください。

患者さんにお渡しした日： 年 月 日

お名前	記入日	他院で、他の薬剤の追加がありましたか？
	年 月 日	あり ・ なし

スーグラ[®]錠を服薬中の患者さん 服薬チェックシート

監修 医療法人社団緑成会 横浜総合病院
糖尿病センター センター長 田中 逸 先生
(ご所属・役職名等は2023年3月時点のものです)

！ 前回の来院時と比べて変わったことがないか、 チェックをつけてください。

- トイレの回数が増えた (1日 ___ 回くらい増えた)
- 尿の量がかかなり多くなった気がする
- のどが渇いたり、口が渇いたりすることがある
- めまい、ふらつき、立ちくらみを起こすことがある
- 胸がドキドキする、冷や汗が出る、手足がふるえる、集中力が低下する、などの症状が起こることがある

あなたの体重を記入してください



前回の来院時 _____ . ____ kg

現在 _____ . ____ kg

- 食事の量が増えた 食事の量が減った
- 胃のむかつき、吐き気、下痢など、胃腸に違和感を感じることもある

- 最近、力が入らない、脱力感を感じることもある (椅子や床から立ち上がる時、階段を昇り降りする時に、力が入らない。物を取り落とす、缶詰や瓶のふたが開けにくくなった。など)

- 排尿時に痛みを伴うことがある
- 尿の色が濁っている
- 陰部にかゆみ、発赤、腫れなどの違和感を感じることもある
- 膣のかゆみを感じることもある、おりもの (白色～黄色) の量が増えた〔女性の方〕

水分を積極的にとるよう指導を受けた方へ

水分をとる量を
増やしていますか？

- あまり意識していない
- 増やしている
- 減らしている

どのくらい増やす
ようにしていますか？

(1日あたり)

- 200mLくらい
- 500mLくらい
- 700mLくらい
- 1L以上

●水分補給の際は、スポーツドリンクなど糖分を含む飲み物は、血糖値を上昇させてしまうので避けましょう。

体調の記録

起床時や就寝時など、毎日決まった時間に測定しましょう。

日付	体重 (kg)	血圧 (mmHg)	気がついた症状など
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	
/ ()		/	

記入例

日付	体重 (kg)	血圧 (mmHg)	気がついた症状など
5 / 26 (月)	68.5	168 / 110	起床時に、少し立ちくらみがした。
5 / 27 (火)	68.1	170 / 113	